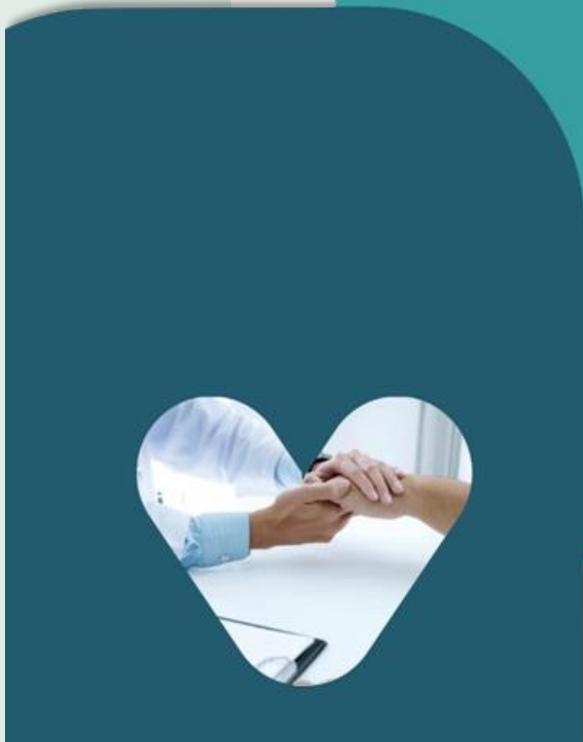


2023-2026

**PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES
MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PROS)**



Département régional de médecine générale de la Montérégie

PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PROS) 2023-2026

RÉDACTION :

Dr Michel Brodeur – Chef DRMG Montérégie

Carine Sauvé – Directrice de l'accès aux services médicaux de première ligne de la Montérégie

Cam lia Bounhar – Adjointe à la directrice de l'accès aux services médicaux de première ligne de la Montérégie

Lucrette Fossouo – Agente de planification, de programmation et de recherche

Lamia Yahiaoui – Spécialiste en procédés administratifs

Frédérique Favreau – Technicienne en administration

Adoption au comité de direction du DRMG (CODIR) le 18 octobre 2023

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Sigles et acronymes	viii
Introduction et objectifs généraux	1
1. Mise en contexte PROS 2018-2022	2
2. Mise en contexte PROS 2023-2026	2
3. Gouvernance régionale en première ligne	3
3.1 DRMG	3
3.2 Direction de l'accès aux services médicaux de première ligne pour la Montérégie	3
4. Orientation et grands principes du PROS 2023-2026	5
5. Évolution démographique et état de santé de la population	6
5.1 Caractéristiques générales	6
5.2 Caractéristiques démographiques de la population	9
5.3 Caractéristiques de santé globale	13
5.4 Maladies chroniques	15
5.4.1 Asthme - Diabète - Hypertension - MPOC	15
5.4.2 Maladies vasculaires cérébrales	15
5.4.3 Santé mentale	16
5,6 Caractéristiques socio-économiques	17
6. Présentation de l'offre de service de première ligne en Montérégie	19
6.1 Installations en Montérégie	19
6.2 Effectifs médicaux	19
6.2.1 Effectifs	20
6.2.2 GMF	22
6.2.3 Activités médicales particulières (AMP)	23
6.2.4 Enjeux liés aux effectifs médicaux	25
7. Accès aux services médicaux de première ligne et inscription auprès d'un médecin de famille	28
7,1 Accessibilité à un médecin de famille	28
7.2 Soldes migratoires	32
7.3 Guichet d'accès en première ligne (GAP)	32
8. Comment faire autrement ? Bonnes pratiques en première ligne	37

8.1	Approche méthodologique	37
8.2	Accessibilité et continuité des soins : une perspective renforcée	37
8.3	Travail en équipe interprofessionnelle	41
8.4	Utilisation des technologies (télémédecine)	44
8.5	Conclusion	44
	Conclusion	46
	Annexe 1 – Figures additionnelles	47
	Annexe 2 – Plans d’action 2018-2022 Montérégie-Est et Montérégie-Ouest	49
	Plan d’action Montérégie-Est 2018-2022	49
	Plan d’action Montérégie-Ouest 2018-2022	51
	Annexe 3 – Liste des installations et cliniques privées sur le territoire de la Montérégie avec médecins de famille	53
	Annexe 4 – Portrait par RLS	72
	RLS de Champlain	72
	RLS du Haut-Richelieu - Rouville	73
	RLS Pierre-Boucher	74
	RLS de Richelieu-Yamaska	75
	RLS Pierre-De Saurel	76
	RLS de Vaudreuil-Soulanges	77
	RLS du Suroît	78
	RLS du Haut-Saint-Laurent	79
	RLS de Jardins-Roussillon	80
	Annexe 5 – Retour sur les considérations pour le plan d’action	81
	Bibliographie	83

Liste des tableaux

Tableau 1 – Types d’installations par RTS en Montérégie.....	19
Tableau 2 – Évolution des effectifs médicaux en première ligne, région de la Montérégie.....	20
Tableau 3 – Comparatif des départs à la retraite des médecins en Montérégie en 2018 par rapport à 2022.....	21
Tableau 4 – Évolution du nombre de GMF entre 2018 et 2022.....	22
Tableau 5 – Évolution des effectifs médicaux GMF pour la période 2018 à 2022.....	23
Tableau 6 – Activités médicales particulières (AMP) disponibles en Montérégie.....	24

Liste des figures

Figure 1 – Comité DRMG et DASMPL.....	4
Figure 2 – Carte de la Montérégie	6
Figure 3 – Répartition de la population de la Montérégie par RTS (Réseau territorial de services) en 2021.....	7
Figure 4 – Répartition de la population comparativement à la densité du territoire par RLS de la Montérégie	8
Figure 5 – Variation de la population du Québec entre 2018 et 2023.....	9
Figure 6 – Taux d’accroissement de la population de la Montérégie pas RLS de 2011 à 2021 projection sur la période de 2021 à 2031	10
Figure 7 – Évolution du nombre et de la proportion des 65 ans et plus dans la Montérégie pour la période de 2017 à 2026.....	11
Figure 8 – Évolution de la proportion des 65 ans et plus dans la Montérégie entre 2017 et 2026 par RLS	12
Figure 9 – Évolution du nombre et de la proportion des 17 ans et moins dans la Montérégie pour la période de 2017 à 2026.....	12
Figure 10 – Espérance de vie à la naissance par RLS de la population en Montérégie, en nombre d’années.....	13
Figure 11 – Taux de mortalité pour l’ensemble des causes en Montérégie et la province du Québec (par 100 000 habitants)	14
Figure 12 – Taux de mortalité ajusté selon les causes en Montérégie et la province du Québec (par 100 000 habitants)	14
Figure 13 – Taux de prévalence de certaines maladies chroniques en Montérégie et dans la province du Québec (2020-2021).....	15
Figure 14 – Proportion de la population de 1 an et plus ayant des problèmes de santé mentale en 2020-2021	16
Figure 15 – Taux d’assistance sociale de la population de moins de 65 ans en Montérégie (2022)	16
Figure 16 – Portrait social de la population en Montérégie et la province du Québec	17
Figure 17 – Distribution des PREM et MIR par année PREM.....	21
Figure 18 – Portrait des profils de pratique des effectifs médicaux	25
Figure 19 – Nombre d’ETP pour les activités réalisées par rapport au nombre d’ETP pour les besoins estimés selon le secteur d’activité en Montérégie d’octobre 2021 à septembre 2022	26
Figure 20 – Proportion des besoins par secteur d’activité.....	26
Figure 21 – Taux d’inscription de la population de la Montérégie au 1 ^{er} janvier 2023.....	28
Figure 22 – Répartition des visites annuelles totales parmi les inscriptions individuelles par RLS de la Montérégie (en date du 15 novembre 2022)	29

Figure 23 – *Portrait de la population montérégienne inscrite auprès d'un médecin de famille et orpheline, enregistrée ou non au GAMF (en date du 3 juillet 2023)*.....30

Figure 24 – *Répartition du solde du GAMF selon les catégories de priorisation (en date du 2 janvier 2023)*.....31

Figure 25 – *Évolution des demandes reçues et traitées au GAP entre juillet 2022 et juillet 2023*33

Figure 26 – *Problèmes de santé inscrits sur les formulaires de liaison pour la Montérégie depuis le lancement des GAP (18 octobre 2021 jusqu'au 25 février 2023)*.....34

Figure 27 – *Proportion des références vers un médecin de famille entre le 21 mai 2022 et le 25 février 2023*.....35

Figure 28 – *Proportion des références vers une pharmacie communautaire entre le 21 mai 2022 et le 25 février 2023*36

Sigles et acronymes

ACQ	Amélioration continue de la qualité
AMP	Activités médicales particulières
ARM	Arrangement de reconnaissance mutuelle
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMF	Centre de médecine familiale
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CML	Coordonnateur médical local
CMQ	Collège des médecins du Québec
CR	Centre de réadaptation
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
CSC	Centre de santé communautaire
DASMPL	Direction de l'accès aux services médicaux de première ligne
DEUR	Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
DMÉ	Dossier médical électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
ETP	Équivalent temps plein
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FMEQ	Fédération médicale étudiante du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
GRL	Général
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
LSP	Loi sur la santé publique
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDA	Maison des aînés
MIR	Médecin en mobilité interrégionale
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MVC	Maladies vasculaires cérébrales
NF	Nouveau facturant
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidences privées pour aînées
RTS	Réseau territorial de services

SAD

Soutien à domicile

UTRF

Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Introduction et objectifs généraux

L'élaboration du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) est une exigence de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS) et relève des responsabilités du directeur régional des services médicaux généraux (DRMG). Conformément à l'article 417.2 de cette loi, le DRMG a pour mission de :

«Définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en matière d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision du CISSS relative à ce plan.»

Le plan vise à mettre en lumière les principaux enjeux en ce qui concerne les Réseaux locaux de services (RLS) et à proposer des solutions pour répondre aux besoins de la population. Le DRMG a donc défini les orientations du plan en fonction des données populationnelles fournies par la Direction de santé publique de la Montérégie, des effectifs médicaux et des besoins identifiés après consultation avec les partenaires au sein des trois centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS).

Le système de santé québécois a fortement été ébranlé lors des dernières années à la suite de l'urgence sanitaire de COVID-19 déclarée le 13 mars 2020 en vertu de la *Loi sur la santé publique* (LSP). Dès lors, diverses mesures de santé publique ont été mises en place pour maintenir la stabilité du réseau. Toutefois, la vulnérabilité des ressources et le recours quasi exclusif au médecin de famille comme point d'entrée constituaient déjà des signes précurseurs qui mobilisaient les équipes de première ligne dans leur réflexion sur des solutions possibles. La pandémie a donc eu un double impact : elle a perturbé les activités habituelles de la première ligne médicale en Montérégie et a également accéléré le processus de réflexion déjà entamé.

L'évaluation de la réponse médicale de première ligne en Montérégie au cours des dernières années permet de mieux définir les orientations qui visent à fournir des soins pertinents en temps opportun. En Montérégie, l'orientation de la personne vers la bonne ressource de santé, le bon professionnel, en temps opportun, démontre une vision renouvelée de la médecine de première ligne, en redéfinissant les objectifs et les missions d'une médecine durable. Ces orientations doivent être élaborées en tenant compte des données démographiques, des effectifs médicaux actuels et futurs, ainsi que des besoins identifiés par les membres de l'équipe médicale et les partenaires dans divers secteurs d'activité. Par conséquent, il apparaît essentiel que la première ligne de soins médicaux s'appuie sur une gestion populationnelle prenant en compte les orientations visées par le DRMG, visant une optimisation globale de la santé de la population en plus de l'amélioration de l'efficacité et de la qualité de la première ligne médicale en Montérégie.

1. Mise en contexte PROS 2018-2022

En 2018, la création du tout premier PROS du DRMG de la Montérégie se concentrait sur deux orientations essentielles :

1. Répondre aux besoins de la population montérégienne en matière de services médicaux de première ligne à proximité du lieu de résidence.
2. Établir une première ligne médicale autosuffisante afin, notamment, de rapatrier progressivement les résidents de la Montérégie qui sollicitent des services dans les régions avoisinantes.

Ces orientations étaient une réponse aux défis conjoncturels que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devait relever à cette période :

- Obtenir de nouveaux progrès en matière de santé de la population;
- Établir un système centré sur les usagers, adapté à leurs besoins spécifiques;
- Mobiliser les ressources pour atteindre des résultats optimaux en matière de santé.

Pour concrétiser ces objectifs, chaque CISSS de la Montérégie a activement participé en élaborant un plan d'action spécifique à son territoire, englobant le volet de la pratique en établissement des médecins de famille. Il est primordial, dans l'analyse des plans d'action associés au PROS 2018-2022, de prendre en compte les perturbations causées par la pandémie entre 2020 et 2022, qui ont entraîné un report des activités régulières. En annexe 2, vous trouverez les plans d'action de 2018-2022 ainsi que leur état d'avancement.

2. Mise en contexte PROS 2023-2026

L'évolution démographique de la Montérégie exige une adaptation continue de notre système de soins de première ligne, en réponse à des facteurs tels que le vieillissement de la population, l'augmentation de la clientèle vulnérable et la prévalence croissante de maladies chroniques et de comorbidités chez les patients. Chaque année, ces enjeux de santé se renforcent, créant un besoin croissant d'ajuster le PROS de la Montérégie pour répondre efficacement à ces défis. De plus, l'accroissement des besoins de notre population, la complexité des traitements médicaux et les avancées continues dans le domaine des technologies et des connaissances médicales exigent une adaptation constante de notre approche.

La qualité et l'efficacité des services médicaux de première ligne pour les usagers sont une priorité fondamentale pour les médecins omnipraticiens de la Montérégie. Pour y parvenir, il est impératif de renforcer la coordination des soins et services, d'optimiser l'utilisation des ressources de première ligne et d'améliorer la fluidité des trajectoires des usagers. Ces services doivent être pertinents, équitables et durables. L'harmonisation entre les besoins locaux et les orientations régionales revêt une importance cruciale, car elle permet à l'ensemble de la population de bénéficier d'un accès optimal aux ressources médicales de première ligne en Montérégie.

3. Gouvernance régionale en première ligne

3.1 DRMG

Le DRMG de la Montérégie assume un rôle essentiel en matière de gestion des ressources médicales, tout en étant chargé d'assurer la cohérence et la coordination des activités à travers sa région, ses secteurs d'activités ainsi que ses corridors de services. Il est responsable de la gestion et de la coordination régionales de l'offre de services médicaux de première ligne. Conformément aux dispositions des articles 417.1 à 417.6 de la LSSSS1, le DRMG exerce les responsabilités suivantes :

- Formuler des recommandations concernant la partie du plan régional relative aux effectifs médicaux, notamment les médecins omnipraticiens;
- Élaborer et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Concevoir et suggérer un réseau d'accessibilité aux soins généraux;
- Émettre des recommandations relatives à la liste des activités médicales particulières et en assurer la mise en œuvre;
- Fournir son avis sur tout projet lié à la prestation des services médicaux généraux.

Ces responsabilités garantissent une gestion optimale des ressources médicales et une offre de services médicaux de première ligne bien coordonnée dans la région de la Montérégie.

3.2 Direction de l'accès aux services médicaux de première ligne pour la Montérégie

Le 23 décembre 2020, la création de la Direction de l'accès aux soins médicaux de première ligne (DASMPL) sur le territoire de la Montérégie a marqué un jalon important. La mission de cette direction est de superviser les orientations et la coordination des priorités ministérielles visant à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne et de fournir un soutien au directeur régional des services médicaux généraux (DRMG) dans l'exercice de ses fonctions. Dans une optique de collaboration, cette nouvelle direction s'engage à accompagner le DRMG dans la réalisation de son objectif : assurer que la population montérégienne a un accès rapide aux services médicaux de proximité, et ce, en temps opportun, selon la condition de santé de la personne. En résumé, le DRMG et la DASMPL définissent leur approche et leur vision en harmonie avec le *Plan stratégique 2019-2023* et le *Plan Santé 2023* du ministère de la Santé et des Services sociaux, en se concentrant sur quatre axes stratégiques :

- Axe communication, concertation, enseignement et recherche;
- Axe gestion des effectifs médicaux;
- Axe accès;
- Axe gestion des opérations.

La DASMPL travaille en cogestion avec le DRMG, mais aussi avec les DSP des trois établissements du territoire afin de favoriser l'accès aux soins et services médicaux de première ligne notamment en lien avec :

- le suivi des principaux projets et orientations touchant spécifiquement l'accès aux services médicaux de première ligne;
- un arrimage prioritaire avec les équipes de soutien à la première ligne médicale et les chargés de projets GMF;
- une collaboration, une communication et une mobilisation des directions de la première ligne afin d'assurer et maintenir les liens nécessaires avec les établissements dans le déploiement de projets régionaux;
- la modélisation du projet vitrine Guichet d'accès à la première ligne (GAP).

En cogestion avec le DRMG, la DASMPL, les DSP, et les directions de première ligne des trois CISSS, le plan régional d'organisation des services assure des trajectoires cliniques et organisationnelles fondées sur les données probantes comblant l'écart entre les situations actuelles et souhaitables. L'ensemble des parties prenantes sont représentées au sein de différents comités de niveau tactique et opérationnel. Le comité tactique régional de l'accès se compose du chef du DRMG, du médecin-conseil, de la direction de la DASMPL et de représentants des trois établissements de la Montérégie. Quant au comité de direction DRMG, il est composé entre autres de représentants locaux, coordonnateurs médicaux locaux (CML).

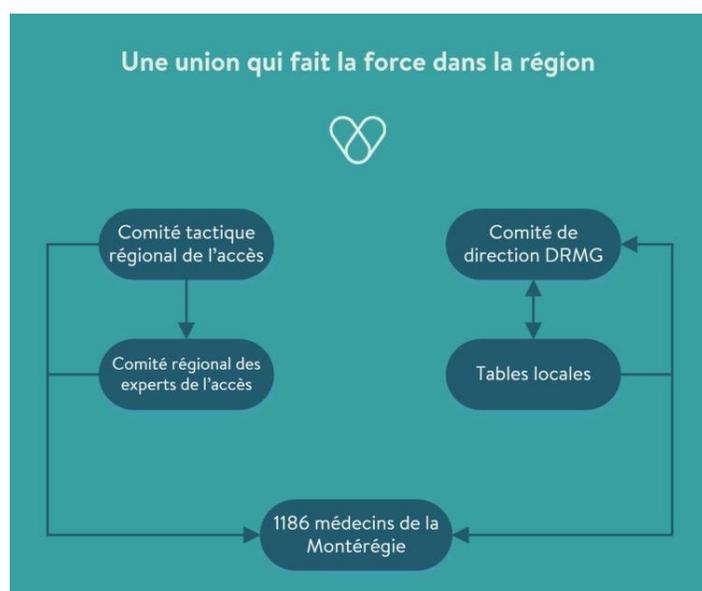


Figure 1 – Comité DRMG et DASMPL

Le Plan régional d'organisation des services se veut en adéquation avec les spécificités territoriales de la Montérégie, et ce, sur les plans des défis démographiques et géographiques.

Conséquemment, l'un des principaux défis consiste à transformer le système actuel tout en assurant son fonctionnement au quotidien. L'implantation du projet vitrine des GAP en Montérégie en 2021 est un exemple concret de transformation du réseau. Ce projet réalisé dans l'entièreté de la Montérégie a permis d'associer les forces en présence dans chacun des CISSS. Le DRMG et la DASMPL sont des acteurs importants dans le pilotage et l'évaluation de l'implantation de nouveaux modèles de soins et portent ainsi une attention particulière à la valorisation de la donnée.

Le DRMG et la DASMPL visent, par ailleurs, l'implantation d'une culture d'interdisciplinarité, un virage technologique, une efficacité des outils de suivi et des indicateurs de performance fiables, afin de permettre une meilleure prise de décision stratégique.

4. Orientation et grands principes du PROS 2023-2026

Les orientations et grands principes énoncés ci-après sont alignés avec le *Plan santé* (MSSS, 2023) et le cadre de référence intitulé *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité* (MSSS, 2023). Le DRMG vise à renforcer l'ancrage du Plan régional d'organisation des services (PROS) en mettant en œuvre ces orientations et principes directeurs, en mobilisant les équipes de première ligne et en instaurant des mécanismes de gestion transparents, conformément aux orientations suivantes :

1. Améliorer l'accessibilité aux soins et services médicaux de première ligne :
 - Assurer que l'offre de services médicaux et interdisciplinaires de la première ligne réponde de manière pertinente aux besoins de santé de la population de la Montérégie, près de son lieu de résidence, et ce, en temps opportun.
 - Poursuivre les projets structurants des services de première ligne axés sur la qualité des soins, l'accessibilité et la continuité des services.
2. Assurer la fluidité du parcours des usagers :
 - Garantir un accès équitable en limitant la compétition des flux (patients orphelins, patients inscrits, accès aux plateaux techniques, accès adapté en GMF).
 - Favoriser l'intégration et la continuité des soins entre la première et la deuxième ligne de soins.
3. Valoriser la médecine de famille en apportant un soutien à la pratique de première ligne.
4. Moderniser le réseau et nos approches technologiques en la première ligne :
 - Assurer la disponibilité et la gestion de la donnée relative à la mesure des activités de première ligne.
 - Poursuivre l'intégration du virage numérique.

Ces orientations et principes directeurs visent à renforcer la qualité des soins de première ligne en Montérégie, à rendre les services plus accessibles et à favoriser la coordination entre les différents niveaux de soins, tout en intégrant les avancées technologiques pour une meilleure prise en charge des usagers.

5. Évolution démographique et état de santé de la population

La première ligne médicale est confrontée à de multiples défis, notamment le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et des comorbidités, une demande croissante des soins médicaux et une pénurie imminente de personnel soignant. La pénurie de médecins de famille affecte toutes les zones de la Montérégie, mais des disparités géographiques dans la répartition des prestataires sont également observées.

Le DRMG de la Montérégie identifie ces défis majeurs et propose des pistes de solutions afin de répondre adéquatement aux besoins de la population. L'organisation des services, l'exploration de nouvelles possibilités et la révision des différents processus entourant la répartition des effectifs médicaux sont des éléments qui font continuellement l'objet d'analyses et de réflexions.

Dans le but de fournir des services de santé alignés sur les besoins de la population de la région, le DRMG de la Montérégie a entrepris une collecte et une analyse de données afin d'obtenir un portrait le plus juste possible de l'état de santé de sa population et des effectifs médicaux actuellement en place. Cette évaluation, réalisée en partenariat avec des acteurs de la santé publique et des trois établissements du territoire, permettra d'ajuster l'offre de services et les trajectoires de soins en fonction des tendances émergentes et selon l'évolution de l'état de santé de la population.

5.1 Caractéristiques générales

Selon les données de l'Institut de la Statistique du Québec de 2021, le territoire montérégien comptait 1453570 habitants sur une superficie de 9314 km², représentant ainsi près de 17 % de la population du Québec, avec une densité de population de 156 habitants par kilomètre carré.

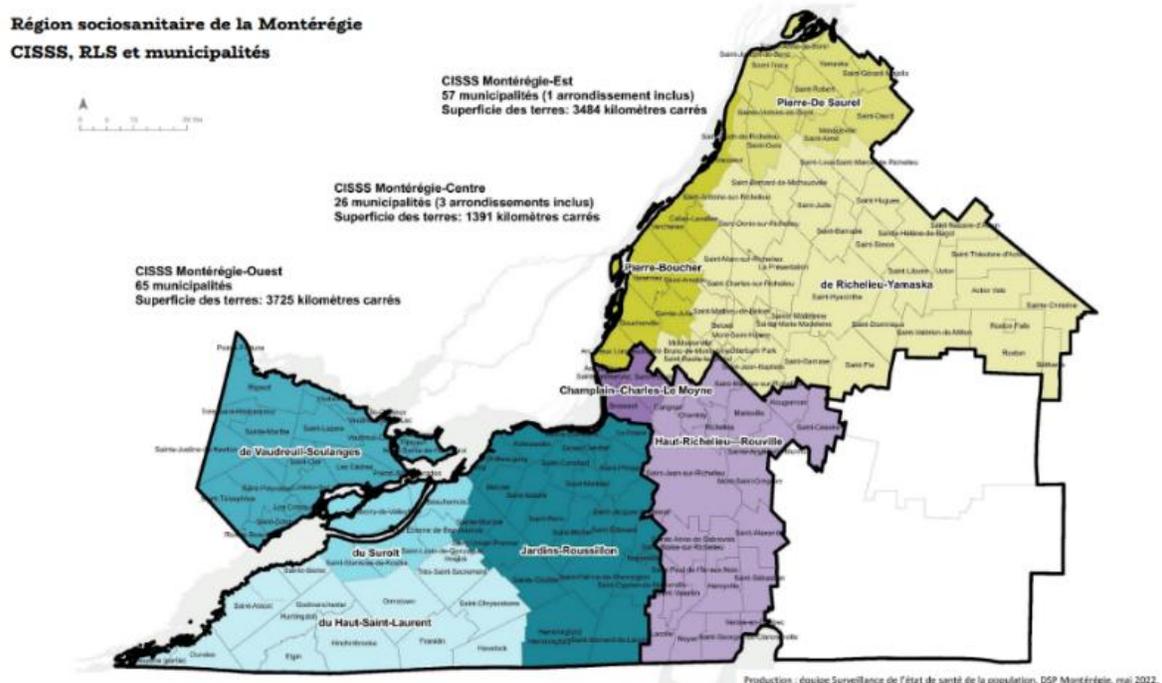


Figure 2 – Carte de la Montérégie

Comme présenté à la figure 2, la région de la Montérégie est divisée en trois réseaux territoriaux de santé (RTS) : le RTS de la Montérégie-Est, le RTS de la Montérégie-Centre et le RTS de la Montérégie-Ouest, qui répartissent la population totale de façon équilibrée, comme illustré à la figure 3. Ces trois RTS sont ensuite subdivisés en neuf réseaux locaux de services (RLS) :

- RTS Montérégie-Est : RLS Pierre-Boucher, RLS de Richelieu-Yamaska et le RLS Pierre-De Saurel;
- RTS Montérégie-Centre : RLS de Champlain et le RLS du Haut-Richelieu - Rouville;
- RTS Montérégie-Ouest : RLS de Vaudreuil-Soulanges, RLS de Jardins-Roussillon, RLS du Suroît et RLS du Haut-Saint-Laurent.

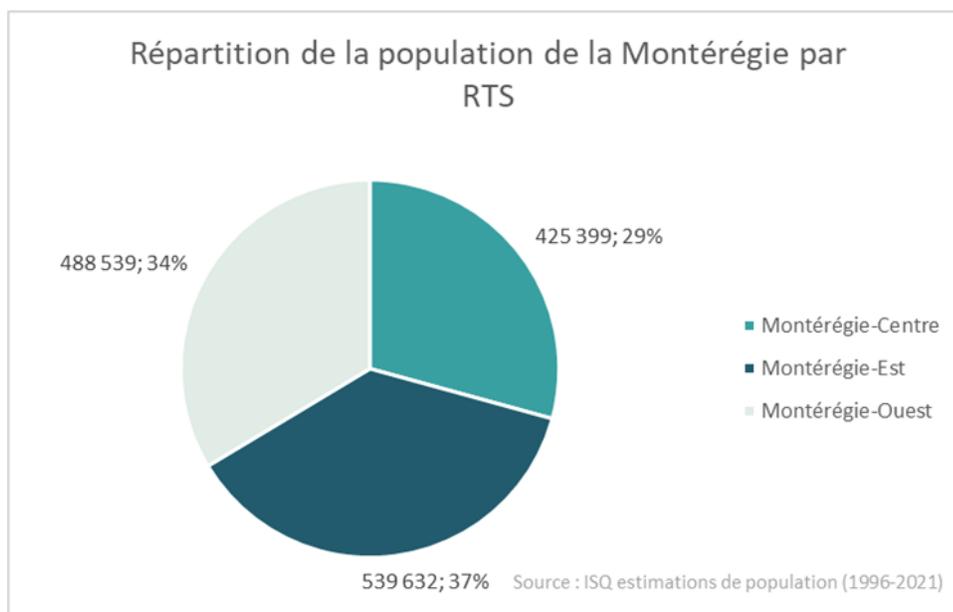


Figure 3 – Répartition de la population de la Montérégie par RTS (Réseau territorial de services) en 2021

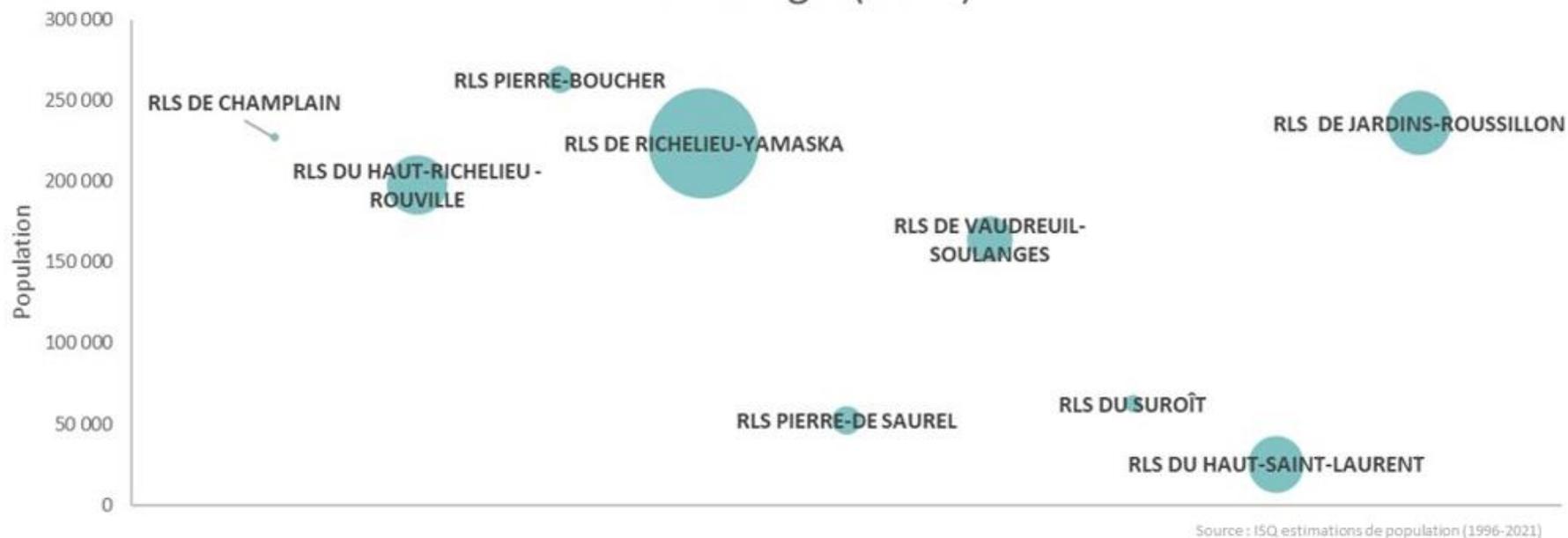
Source : Institut de la Statistique du Québec. Estimations de population 1996-2021

La Montérégie se caractérise par sa diversité culturelle en constante évolution, comprenant une communauté anglophone, des communautés des Premières Nations bien établies, ainsi qu'une clientèle allophone et de nouveaux arrivants en constante croissance. À l'exception du RLS de Champlain qui se distingue par la plus forte densité de population de la Montérégie, avec près de 1217 habitants par kilomètre carré, les autres RLS de la région sont confrontés à la dispersion de la population sur de vastes territoires. Cette dispersion engendre une complexité dans la mise en place des services de santé de proximité et peut constituer un obstacle au développement des services à domicile dans la région.

Certains éléments sont à prendre en considération, notamment les déplacements requis pour accéder aux soins et l'absence de réseaux de transport structurants autant pour la population que pour les professionnels qui prodiguent les soins et services. Bien que la majorité des services et des plateaux techniques soient présents au sein des établissements de la Montérégie, certains services en soins spécialisés ou surspécialisés sont néanmoins offerts dans la région périphérique de Montréal.

La figure 4 illustre la répartition de la population et la densité dans l'ensemble des RLS de la Montérégie.

Répartition de la population et de la superficie par RLS de la Montérégie (2021)



*Le diamètre de la bulle varie en fonction de la superficie du RLS

Figure 4 – Répartition de la population comparativement à la densité du territoire par RLS de la Montérégie

Source : Institut de la Statistique du Québec. Estimations de population 1996-2021

5.2 Caractéristiques démographiques de la population

Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, Estimation de la population 1996-2021) présentées à la figure 5, la Montérégie se distingue par une croissance démographique qui figure parmi les plus élevées de la province, avec une augmentation de la population de 6,22 % entre 2018 et 2023 comparativement à 4,42 % pour l'ensemble du Québec.

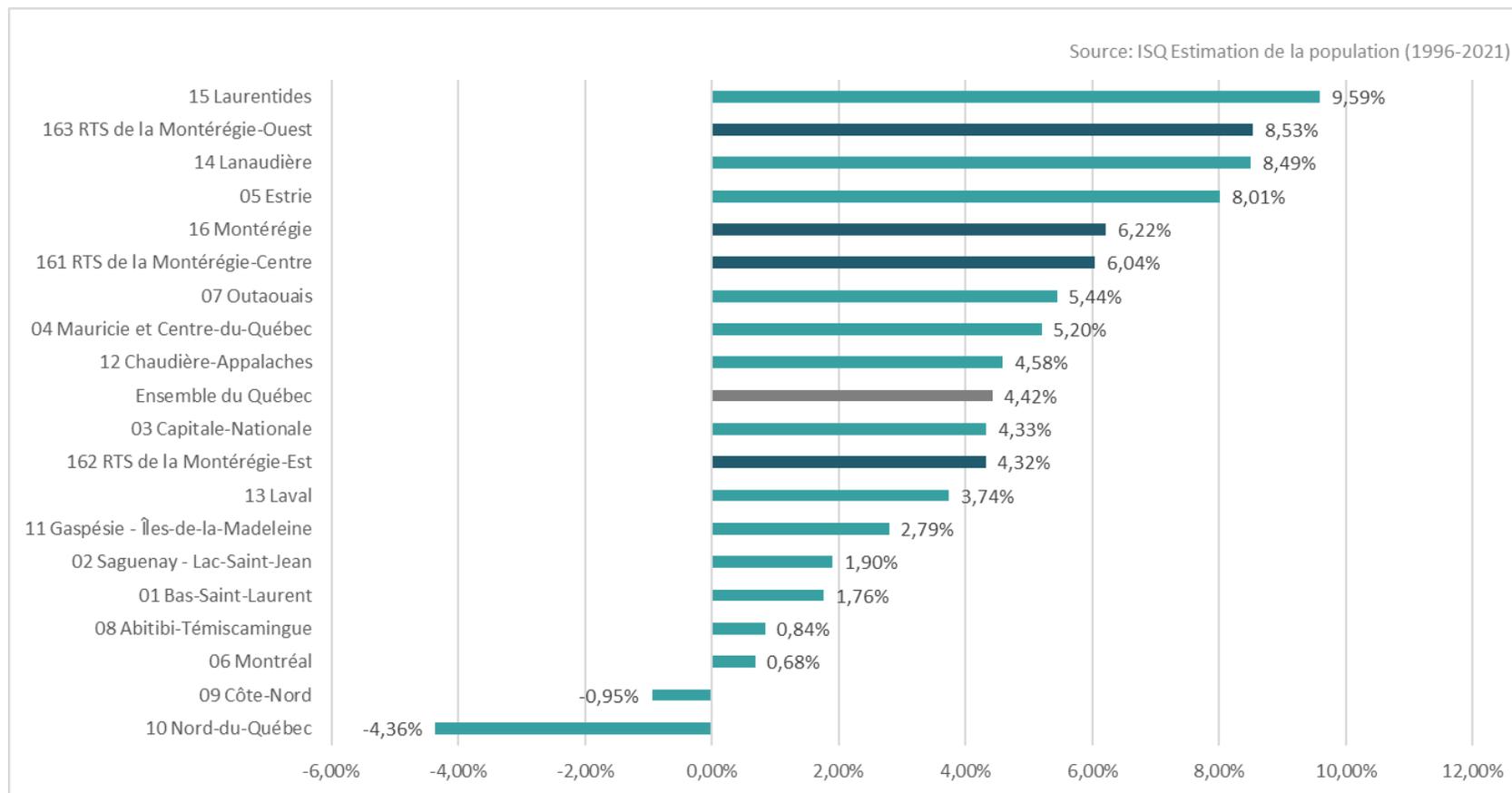


Figure 5 – Variation de la population du Québec entre 2018 et 2023

Source - ISQ. Estimations de population (1996-2021) et projections de population (2022-2041) : série produite en juillet 2022

Plus spécifiquement, la figure 6 illustre la progression de la population en Montérégie, mettant en évidence la croissance marquée de la population dans le RTS de la Montérégie-Ouest, qui a été le moteur de la croissance régionale, enregistrant une hausse significative entre 2011 et 2021, principalement grâce aux RLS de Jardins-Roussillons et de Vaudreuil-Soulanges, qui ont connu des augmentations démographiques respectives de 14,43 % et 16,60 %.

Selon les projections de l'ISQ pour 2031 présentées à la figure 6, la croissance démographique la plus significative en Montérégie est prévue dans le RTS de la Montérégie-Ouest, en particulier dans les RLS du Suroît (12,92 %) et de Jardins-Roussillon (12,15 %). Pour le RTS de la Montérégie-Centre, l'ISQ prévoit une croissance de 10,83 % dans le RLS de Champlain et une hausse de 8,35 % dans le RLS Pierre-Boucher pour le RTS de la Montérégie-Est.

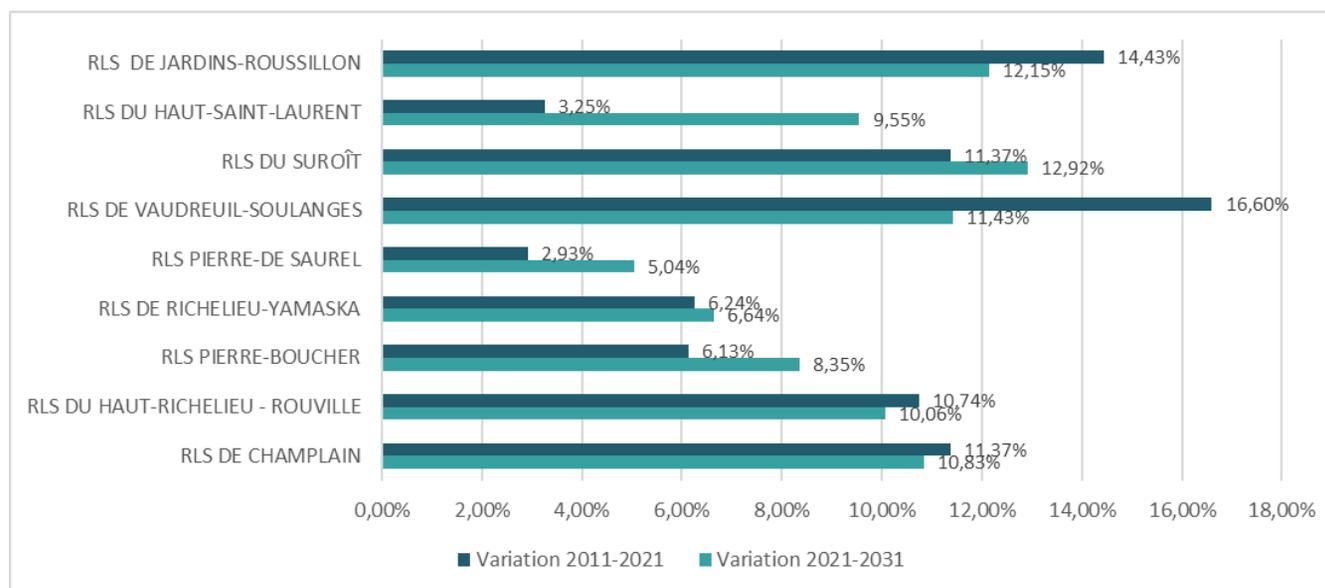


Figure 6 – Taux d'accroissement de la population de la Montérégie pas RLS de 2011 à 2021 projection sur la période de 2021 à 2031

Source – ISQ. *Estimations de population (1996-2021) et projections de population (2022-2041) : série produite en juillet 2022*

La figure 7 illustre l'évolution de la proportion de la population âgée de 65 ans et plus en Montérégie. En 2023, cette proportion s'élève à 20,67 % dans notre région.

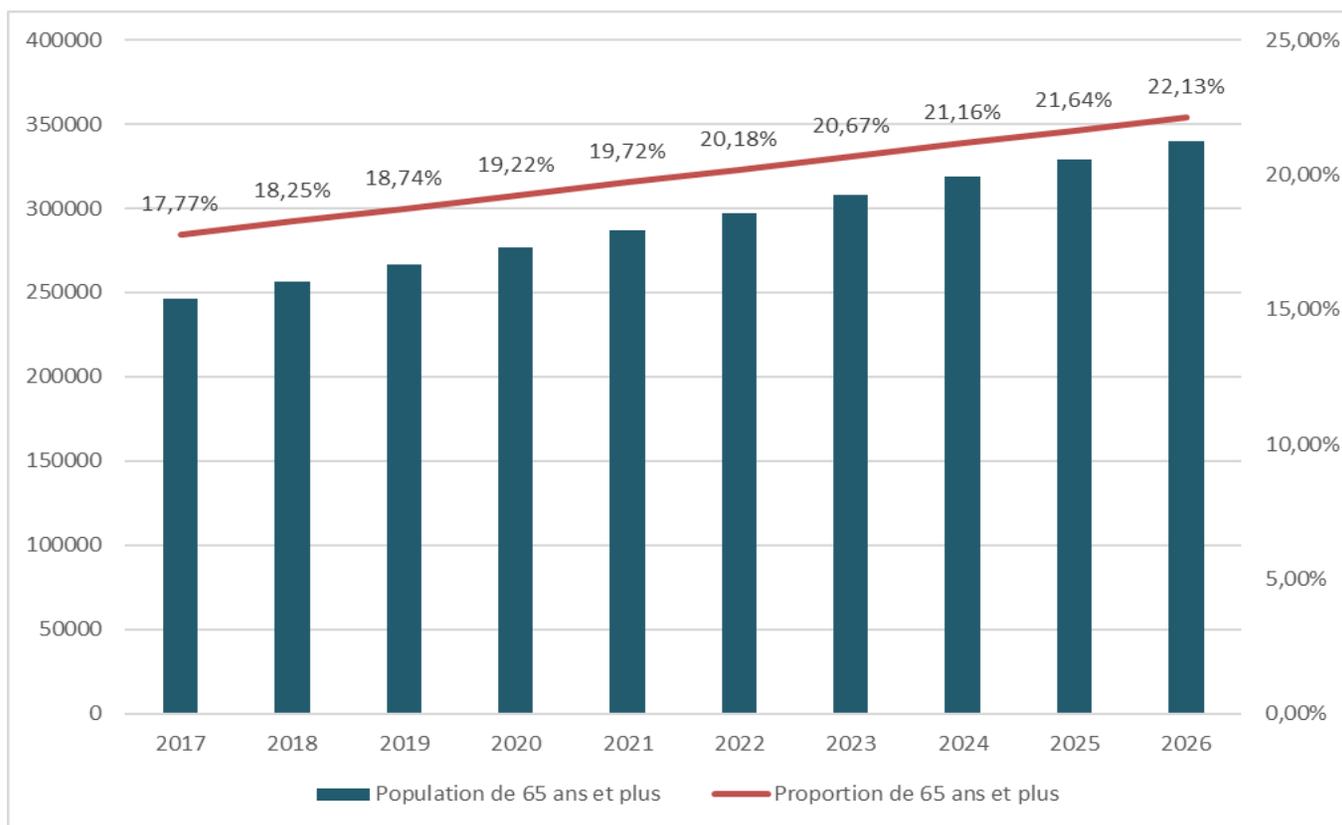


Figure 7 – Évolution du nombre et de la proportion des 65 ans et plus dans la Montérégie pour la période de 2017 à 2026

Source : ISQ, Estimation de population (2020-2041)

Plus particulièrement, on note qu’en 2023, le RLS Pierre-De Saurel comporte la proportion la plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus, représentant 29,63 % de sa population. Selon les estimations de l’Institut de la statistique du Québec (*Série 2022 des projections de population 2022-2041 : série produite en juillet 2022*), la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus en Montérégie augmentera de 4,98 % entre 2017 et 2026, de manière similaire à la moyenne québécoise, qui augmentera de 4,80 % pour la même période. Cette augmentation sera particulièrement prononcée dans le RTS de la Montérégie-Est, atteignant 24,51 % en 2026, notamment dans le RLS Pierre-De Saurel, où la proportion est estimée à 31,45 % tel qu’illustré sur la figure 8.

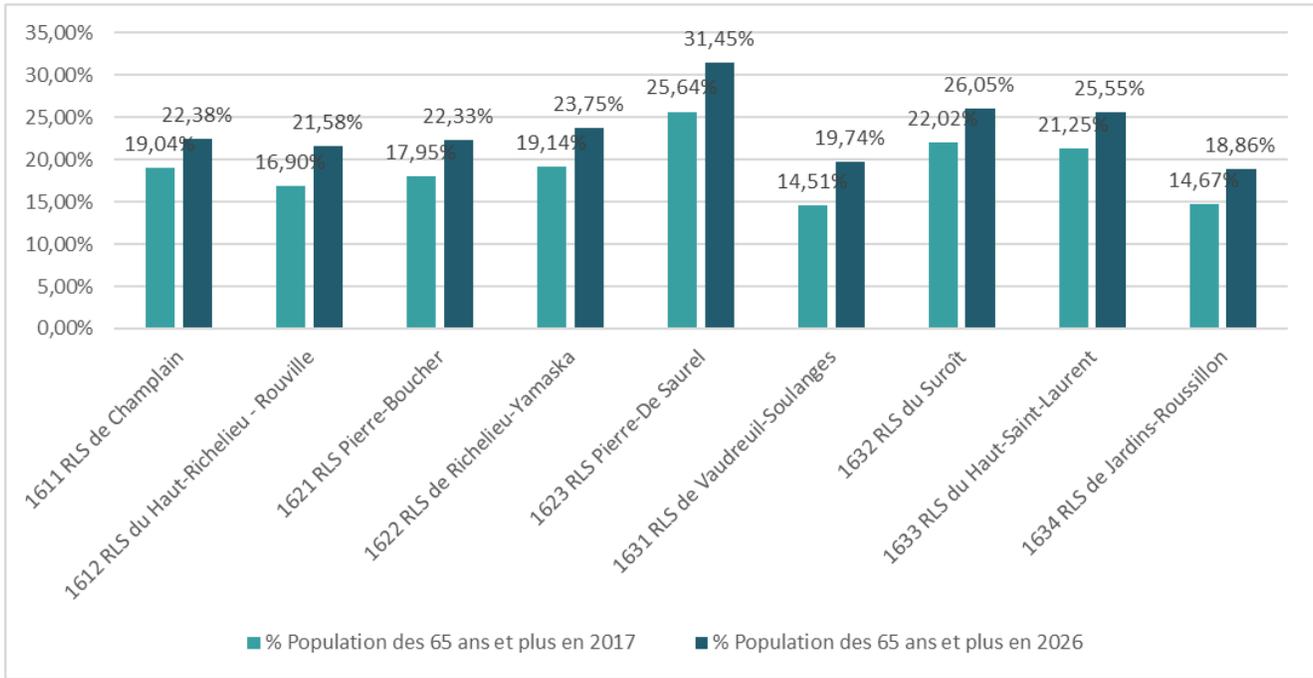


Figure 8 – Évolution de la proportion des 65 ans et plus dans la Montérégie entre 2017 et 2026 par RLS

Source : ISQ. Estimation de population (série produite en février 2022)

La figure 9 présente l'évolution de la population et de la proportion des jeunes de 17 ans et moins dans la Montérégie pour la période de 2017 à 2026. Nous constatons que cette proportion demeure relativement constante au travers des années dans la région.

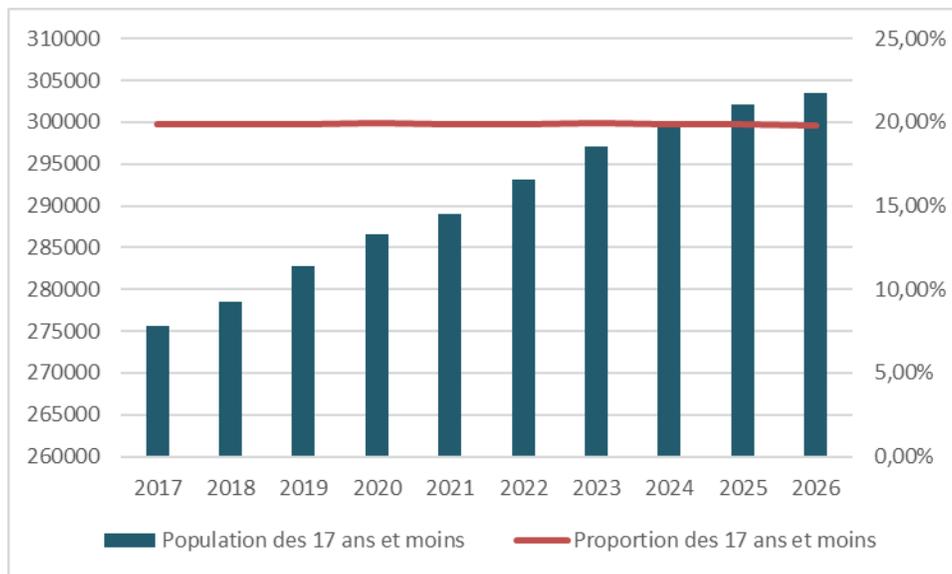


Figure 9 – Évolution du nombre et de la proportion des 17 ans et moins dans la Montérégie pour la période de 2017 à 2026

Source : ISQ. Estimation de population (série produite en février 2022)

Lors de l'analyse des données par RLS pour l'année 2023, les proportions entre les différents RLS de la Montérégie demeurent similaires, à l'exception du RLS Pierre-De Saurel où le pourcentage est le plus bas, soit de 15,55 %.

En analysant les données de la population de 17 ans et moins, la proportion d'enfants de cinq ans et moins, c'est également au RLS de Pierre-De Saurel que cette proportion est la plus basse (4,96 %) tandis que les autres RLS de la Montérégie se situent à un taux variant de 5,76 % à 6,63 %. Étant donné cette faible variabilité, il faudra veiller à ce que l'offre de services pédiatriques soit équilibrée à travers le territoire de la Montérégie.

Considérations pour le plan d'action concernant les caractéristiques démographiques

Il sera important de porter une attention particulière aux points suivants :



Proximité des services de santé : en raison de la vaste étendue géographique de la Montérégie, il est impératif de continuer à travailler pour garantir que les services de santé soient accessibles à proximité du lieu de résidence des usagers.



Croissance démographique : l'importante croissance démographique prévue dans plusieurs RLS (notamment du Suroît et de Jardins-Roussillon) souligne la nécessité de préparer progressivement l'offre de services pour répondre à cette augmentation de la population. Cette croissance sera particulièrement marquée au sein de la population de 65 ans et plus, notamment dans le RLS Pierre-De Saurel, et nécessitera une réorganisation sur le plan de la distribution des services médicaux de première ligne afin de s'adapter aux besoins de la population vieillissante.

5.3 Caractéristiques de santé globale

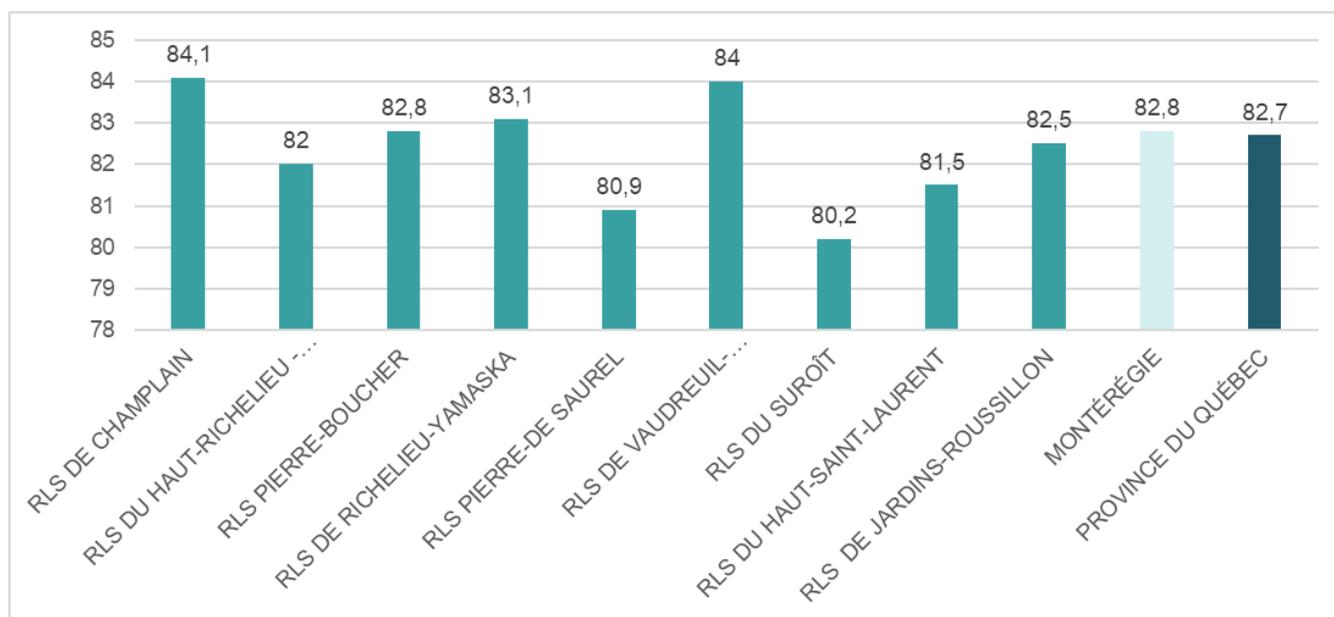


Figure 10 – Espérance de vie à la naissance par RLS de la population en Montérégie, en nombre d'années

Source : MSSS. Fichier des décès 2015-2019

Telle qu'illustrée à la figure 10, l'espérance de vie est à peine plus élevée en Montérégie que pour la moyenne du Québec (82,9 ans comparativement à 82,7 ans). Le RLS de Champlain et le RLS de Vaudreuil-Soulanges se distinguent par l'espérance de vie la plus élevée de la Montérégie (respectivement 84,1 et 84 ans) tandis que le RLS du Suroît figure avec une espérance de vie plus basse, soit de 80,2 ans, près de deux années et demie de moins que la moyenne provinciale.

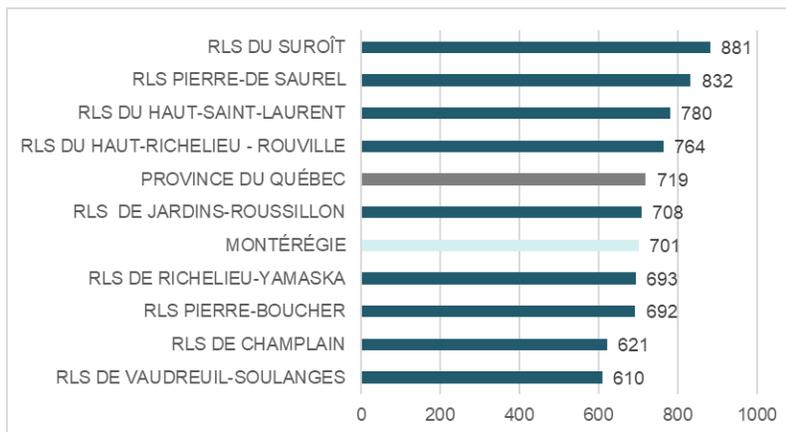


Figure 11 – Taux de mortalité pour l'ensemble des causes en Montérégie et la province du Québec (par 100000 habitants)

Source : MSSS. Fichier des décès, 2015-2019

Selon les données du MSSS (*Fichiers de décès, 2015-2019*), tel que présenté à la figure 11, le taux de mortalité en Montérégie est légèrement moins élevé que la moyenne provinciale (701 comparativement à 719 par 100000 habitants).

Les RLS du Suroît et Pierre-De Saurel affichent les taux de mortalité les plus élevés de la Montérégie (881 et 832 par 100000 habitants). Cette tendance se maintient pour le RLS du Suroît, et ce, pour toutes les causes de mortalité présentées à la figure 12.

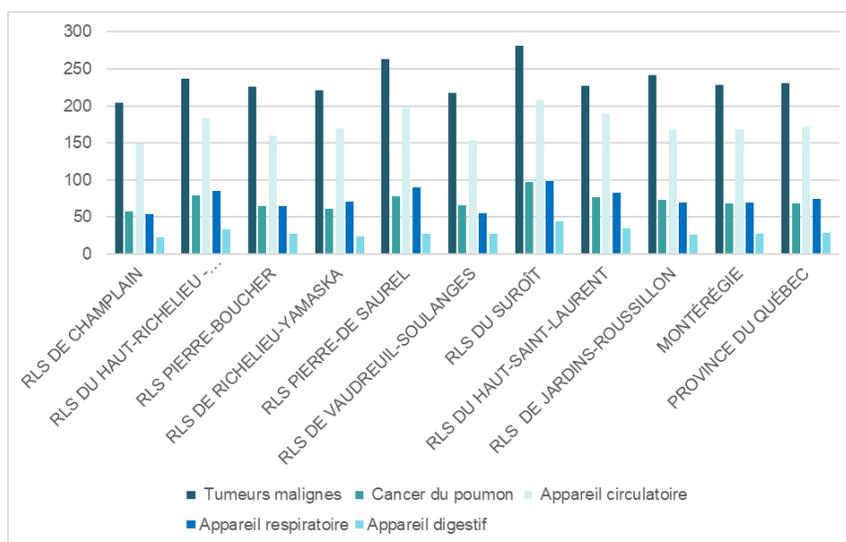


Figure 12 – Taux de mortalité ajusté selon les causes en Montérégie et la province du Québec (par 100000 habitants)

Source : MSSS. Fichier des décès, 2015-2019

5.4 Maladies chroniques

5.4.1 Asthme - Diabète - Hypertension - MPOC

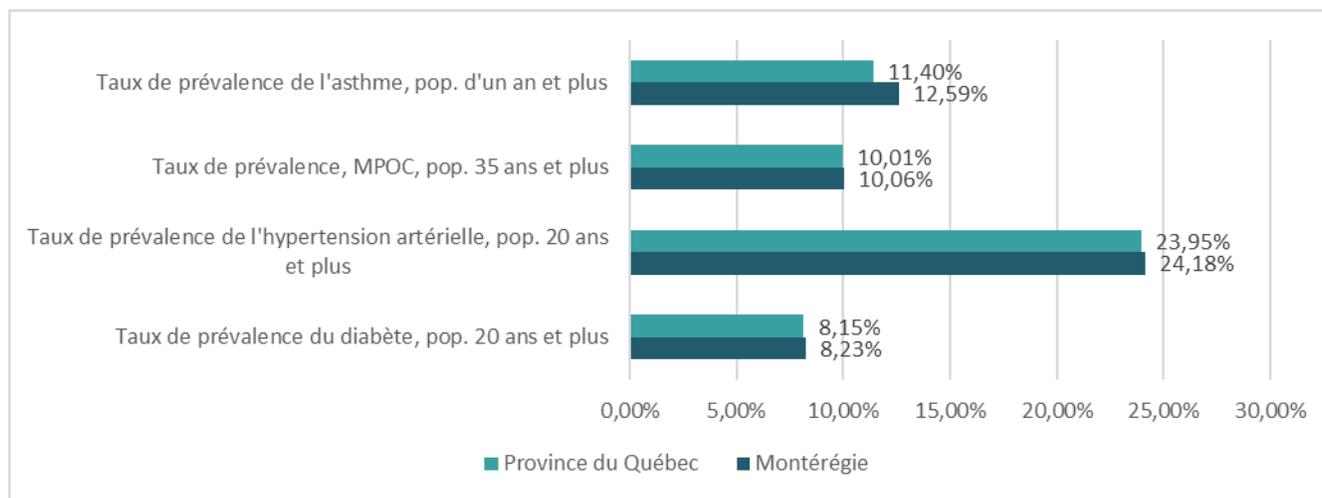


Figure 13 – Taux de prévalence de certaines maladies chroniques en Montérégie et dans la province du Québec (2020-2021)

Source : Institut national de santé publique du Québec. *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2020-2021*

Nous avons analysé le taux de prévalence des maladies chroniques pour l'ensemble de la Montérégie, présenté à la figure 13 en comparaison à la province. En annexe 1 sont présentées les prévalences selon les 3 RTS de la Montérégie.

Bien que les taux de prévalence du diabète, de l'hypertension, de la MPOC et de l'asthme se situent près des moyennes provinciales, des différences locales marquées sont relevées. Les RLS de Pierre-De Saurel et du Suroît affichent les taux de prévalence les plus élevés de la Montérégie pour le diabète, l'hypertension artérielle ainsi que la MPOC, avec des écarts de plus de 5 % par rapport aux moyennes provinciales pour chacune de ces maladies. Pour ce qui est de la prévalence de l'asthme, le RLS Pierre-De Saurel affiche un taux plus élevé à 21,17 % de la population d'un an et plus, soit près du double du taux moyen au Québec.

5.4.2 Maladies vasculaires cérébrales

Résultant du vieillissement démographique et de la croissance de la population, le nombre de personnes vivant avec un diagnostic de MVC (maladies vasculaires cérébrales) a triplé en Montérégie depuis 2000-2001. Les personnes souffrant de ce type de maladie ont un taux de mortalité près de quatre fois plus élevé que les personnes non atteintes (2,8 % comparativement à 0,8 % de la population âgée de plus de 20 ans). Cela dit, en ajustant les données par rapport à l'âge et au sexe, nous remarquons que la prévalence ajustée s'est stabilisée depuis les dix dernières années.

Il faudra toutefois accorder une attention particulière à la population âgée de 75 ans et plus, qui est la plus touchée par les MVC, soit par une proportion deux fois plus élevée que les personnes âgées de 65 à 74 ans (12,8 % comparativement à 5,6 %). Les RLS les plus touchés sont plus particulièrement le RLS de Pierre-De Saurel, qui comporte la concentration de personnes âgées de 75 ans et plus la plus élevée en Montérégie (11,9 %), ainsi que le RLS de Vaudreuil-Soulanges, pour lequel on estime que la population de cette tranche d'âge connaîtra une croissance de 50,9 % entre 2021 et 2028.

5.4.3 Santé mentale

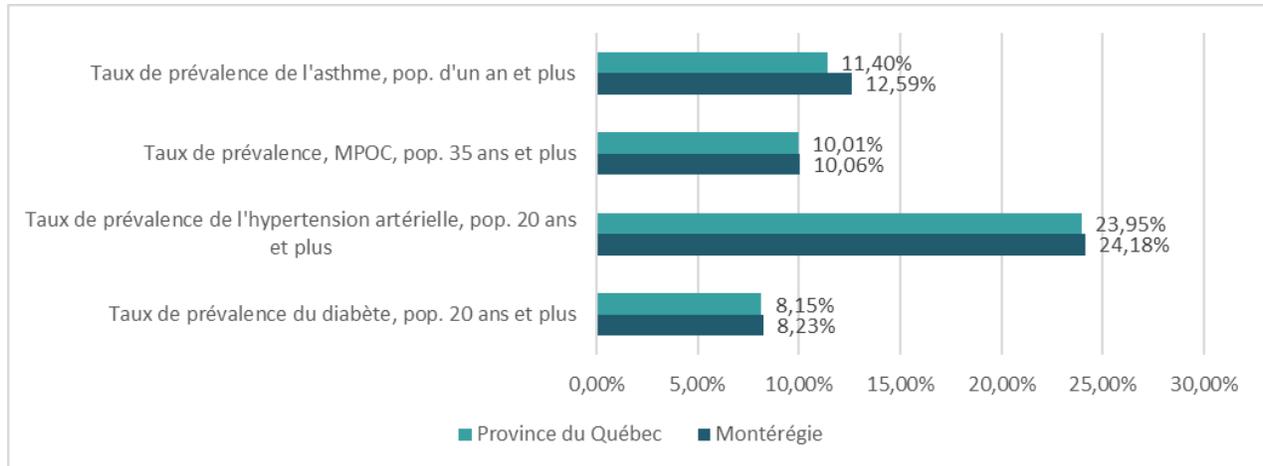


Figure 14 – Proportion de la population de 1 an et plus ayant des problèmes de santé mentale en 2020-2021

Source : Institut national de santé publique du Québec. *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2020-2021*

Selon les données de la santé publique (2021), nous constatons à la figure 14 que la Montérégie affiche une proportion de la population de 1 an et plus ayant des problèmes de santé mentale se situant dans la moyenne québécoise (10,2 %), tandis que plus de la moitié des RLS du territoire se situent en dessous de la moyenne. Les RLS du Suroît et du Haut-Richelieu - Rouville affichent les taux les plus élevés (11,8 % et 11,7 % respectivement).

Pour ce qui est des adolescents, selon *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire*, menée par l'Institut de la Statistique du Québec, près de 20 % des jeunes ont été diagnostiqués avec des troubles de santé mentale (anxiété, dépression, troubles de l'alimentation), une tendance à la hausse depuis 2010-2011. Parmi les étudiants sondés, 29 % d'entre eux affirment être en détresse psychologique élevée.

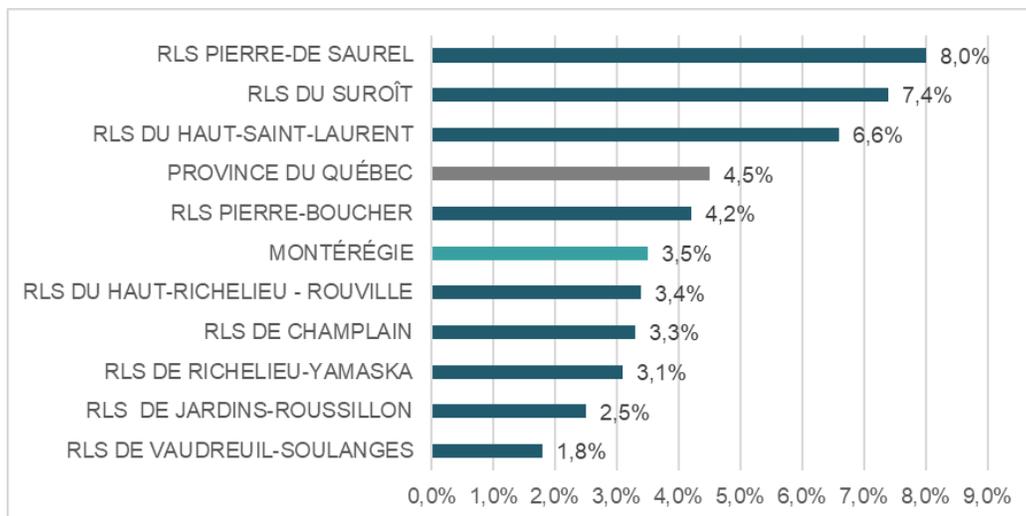


Figure 15 – Taux d'assistance sociale de la population de moins de 65 ans en Montérégie (2022)

Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. *Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale, mars 2022*

5,6 Caractéristiques socio-économiques

Tel que présenté à la figure 15, le taux d'assistance sociale chez les moins de 65 ans en Montérégie se situe en dessous de la moyenne provinciale (3,50 % comparativement à 4,50 %). Le RLS de Vaudreuil-Soulanges se distingue par le taux d'assistance sociale le plus faible de la Montérégie (1,80 %) tandis que les RLS du Suroît et de Pierre-De Saurel se démarquent par les taux d'assistance sociale les plus élevés (7,40 % et 8 % respectivement).

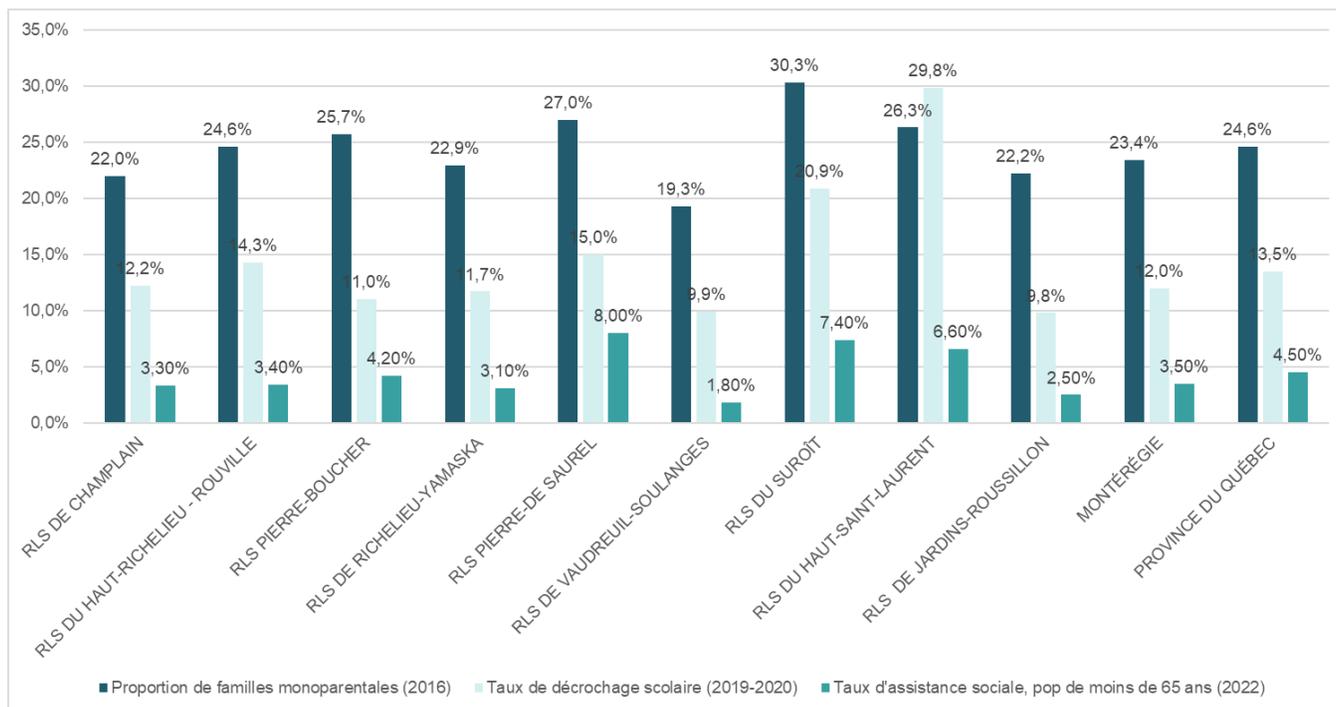


Figure 16 – Portrait social de la population en Montérégie et la province du Québec

Source : Statistique Canada. Recensement de 2016 et Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. *Système Charlemagne 2019-2020*

Présenté à la figure 16, le taux de décrochage scolaire, bien que légèrement en dessous de la moyenne nationale, est une réalité particulièrement préoccupante dans les RLS du Haut-Saint-Laurent et du Suroît dont les taux se retrouvent, respectivement, à 29,8 % et 20,9 %. Le taux d'assistance sociale et le taux de décrochage scolaire sont des déterminants sociaux de la santé qui permettent de mettre en avant une population vulnérable à laquelle il sera important d'assurer un accès adéquat aux services de première ligne.

Considérations pour le plan d'action concernant les caractéristiques de santé et socio-économiques

Il sera essentiel de repenser la prise en charge médicale pour garantir l'accessibilité. Le concept global de prise en charge devra être réfléchi autrement, notamment :



Pour les usagers ayant besoin des services du soutien à domicile (SAD), ainsi que pour les populations vulnérables et pour les patients des résidences pour personnes âgées (RPA) qui se retrouvent souvent avec des médecins de famille à des kilomètres de leur lieu de résidence et qui ne sont pas en mesure de leur offrir une prise en charge adéquate.



Pour les usagers des services en santé mentale, des stratégies novatrices seront requises afin d'améliorer la prise en charge et l'offre de services.



Pour la clientèle requérant un suivi en matière de maladies chroniques, la prise en charge devra être organisée avec des équipes de professionnels multidisciplinaires, permettant un meilleur suivi.

Une attention particulière devra être portée à la population de 75 ans et plus en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, étant donné qu'elle est la plus touchée par ces pathologies, notamment dans les RLS Pierre-De Saurel et de Vaudreuil-Soulanges. L'amélioration de la prise en charge demeure un véritable défi en Montérégie et le manque de médecins et de professionnels freine une prise en charge multidisciplinaire adéquate des usagers.

6. Présentation de l'offre de service de première ligne en Montérégie

6.1 Installations en Montérégie

Le tableau 1 présente un aperçu des différentes installations pour chaque RTS. La liste détaillée des installations pour chacun des RLS qui composent la Montérégie est présentée en annexe 3.

Tableau 1 – Types d'installations par RTS en Montérégie

Types d'installations	Montérégie-Centre	Montérégie-Ouest	Montérégie-Est
Centres hospitaliers	2	4	3
CLSC	2	4	9
GMF	18	13	26
GMF-U	3	1	1
GMF-R	1	1	1
CHSLD	13	4	14
Autres installations hors-GMF (cliniques, bureaux de médecins)	19	13	37

6.2 Effectifs médicaux

Le dernier recensement des effectifs médicaux effectué en mai 2022 comptabilise 1186 médecins membres actifs du DRMG de la Montérégie. Par définition, les membres actifs du DRMG reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et peuvent établir leur pratique dans plus d'un milieu clinique sur le territoire.

Tableau 2 – Évolution des effectifs médicaux en première ligne, région de la Montérégie

	Nombre de médecins installés en 2018	Nombre de médecins installés en 2022	Écart
Montérégie-Centre	390	382	-8
RLS de Champlain	222	204	-18
RLS du Haut-Richelieu - Rouville	168	178	+10
Montérégie-Est	439	471	+32
RLS Pierre-Boucher	218	229	+11
RLS Pierre-De Saurel	52	58	+6
RLS Richelieu-Yamaska	169	184	+15
Montérégie-Ouest	337	333	-4
RLS de Vaudreuil-Soulanges	90	84	-6
RLS du Haut-Saint-Laurent	31	22	-9
RLS du Suroît	58	70	+12
RLS de Jardins-Roussillon	158	157	-1
Total général	1166	1186	+20

* Données extraites de la comptabilisation des effectifs médicaux au DRMG de la Montérégie, 19 mai 2022

6.2.1 Effectifs

L'analyse de l'évolution des effectifs médicaux entre les années 2018 et 2022 permet de constater la précarité de la situation régionale en raison de la faible hausse de 1,69 % du bassin d'effectifs médicaux. Parallèlement, l'évolution de la population admissible pour la même période en Montérégie est nettement supérieure, avec un accroissement de 5,6 % (basée sur le rapport 6 de la RAMQ). Cette mince augmentation des effectifs médicaux s'explique en partie par un nombre de départs à la retraite important combiné à un écart au besoin, faisant en sorte que les besoins totaux en effectifs médicaux sont supérieurs au nombre de nouveaux facturants attribués annuellement.

Tel qu'il est démontré dans le tableau 3 et la figure 17 ci-dessous, la prise de retraite a augmenté de 37 % pour la période 2018-2022. De plus, pour l'année 2022, on comptabilise 114 nouveaux médecins en Montérégie, ce qui est nettement insuffisant pour couvrir les 165 départs à la retraite cumulatifs pour cette même année.

Ne pouvant se dissocier au phénomène de vieillissement de la population, la moyenne d'âge observée des effectifs médicaux en Montérégie est aussi affectée et augmente annuellement. Ainsi, une compensation positive doit être prise en considération afin de répondre aux besoins médicaux populationnels grandissants. Cette compensation peut notamment transiter par l'augmentation annuelle des attributions PREM puis par les diverses ententes de recrutement de médecins diplômés hors Canada.



Figure 17 – Distribution des PREM et MIR par année PREM

Source : DRMGM Montérégie, 2022

Tableau 3 – Comparatif des départs à la retraite des médecins en Montérégie en 2018 par rapport à 2022

	Médecins retraités en 2018	Médecins retraités en 2022
Montérégie-Centre	33	19
RLS de Champlain	16	13
RLS du Haut-Richelieu - Rouville	17	6
Montérégie-Est	46	45
RLS Pierre-Boucher	20	24
RLS Pierre-De Saurel	5	4
RLS Richelieu-Yamaska	21	17
Montérégie-Ouest	25	28
RLS de Vaudreuil-Soulanges	7	6
RLS du Haut-Saint-Laurent	0	1
RLS du Suroît	6	5
RLS de Jardins-Roussillon	12	16
Total général	104	165

Précisons que la comptabilisation des départs à la retraite lors de l'émission de la cible de recrutement par le ministre est basée sur les données extraites à la RAMQ avec un décalage approximatif de 18 mois, compte tenu des règles de facturation des effectifs médicaux.

Ainsi, l'équilibre entre les départs à la retraite et l'arrivée de jeunes médecins diplômés demeure une situation fragile à laquelle tous les RLS sont confrontés et face à laquelle ils doivent user de diverses stratégies d'attractivité pour combler ce déficit.

Il est important de mentionner que l'attribution des effectifs médicaux par région administrative découle de règles de gestion résultant de travaux entre les représentants de la FMOQ et du MSSS. Ainsi, la gestion des PREM est structurée et encadrée par l'entente particulière relative au respect des PREM (EP-PREM) conclue entre les deux partis nommés précédemment. L'objectif prescrit par cette entente consiste à répartir géographiquement et équitablement les effectifs médicaux à l'échelle de toutes les régions du Québec. Chaque année, une cible de recrutement est précisée par le ministre, et ce, pour l'ensemble des territoires définis dans l'annexe I de l'EP-PREM. Cela dit, puisque les postes au PREM ont uniquement une portée géographique, les cibles sous-territoriales doivent être établies et proposées par le DRMG puis entérinées par le ministre. Cette proposition se veut une mise en évidence des besoins de la région exprimée en concertation avec le comité de direction du DRMG, permettant d'orienter les candidats dans le choix du lieu du territoire de sa pratique et de ses activités.

6.2.2 GMF

Il y a eu une très faible augmentation du nombre total de GMF en Montérégie entre 2018 et 2022 tel que présenté dans le tableau 5. En effet, on compte à peu près le même nombre de GMF dans la plupart des RLS entre 2018 et 2022.

Tableau 4 – Évolution du nombre de GMF entre 2018 et 2022

RLS	Nombre de GMF en 2018	Nombre de GMF en 2022
CISSS de Montérégie-Centre	15	15
RLS de Champlain	8	8
RLS du Haut-Richelieu - Rouville	7	7
CISSS de Montérégie-Est	20	21
RLS Pierre-Boucher	9	9
RLS de Richelieu-Yamaska	9	10
RLS Pierre-De Saurel	2	2
CISSS de Montérégie-Ouest	16	18
RLS de Vaudreuil-Soulanges	4	6
RLS du Suroît	2	3
RLS du Haut-Saint-Laurent	2	2
RLS de Jardins-Roussillon	8	7
Total Montérégie	51	54

Un des enjeux réside en la difficulté d'attractivité des effectifs médicaux dans les régions rurales de la Montérégie. Cette situation semble plus fragilisée du côté du RLS Pierre-De Saurel compte tenu de la diminution significative du nombre de médecins avec inscriptions en GMF. Cette diminution a une corrélation significative sur le nombre de patients inscrits à l'intérieur de ce RLS auquel une baisse de 26,64 % est enregistrée (Tableau 5).

Tableau 5 – Évolution des effectifs médicaux GMF pour la période 2018 à 2022

	Nombre de médecins avec inscriptions (inclus hors GRL)			Nombre de médecins membres en GMF			Nombre d'inscrits en GMF			Nombre de personnes vulnérables			Ratio personnes vulnérables / inscrits		
	2018	2022	%	2018	2022	%	2018	2022	%	2018	2022	%	2018	2022	%
RLS Champlain	248	242	↓ -2,42%	156	200	↑ 28,21%	143 849	138 016	↓ -4,05%	56 369	54 422	↓ -3,45%	39,19%	39,43%	↑ 0,61%
RLS Haut-Richelieu-Rouville	158	174	↑ 10,13%	113	125	↑ 10,62%	108 951	114 950	↑ 5,51%	48 288	51 771	↑ 7,21%	44,32%	45,04%	↑ 1,62%
RLS Pierre-Boucher	227	230	↑ 1,32%	152	176	↑ 15,79%	184 383	178 231	↓ -3,34%	76 923	75 669	↓ -1,63%	41,72%	42,46%	↑ 1,77%
RLS Richelieu-Yamaska	171	194	↑ 13,45%	136	151	↑ 11,03%	162 074	162 139	↑ 0,04%	64 040	64 726	↑ 1,07%	39,51%	39,92%	↑ 1,04%
RLS Pierre-de Saurel	52	39	↓ -25,00%	21	14	↓ -33,33%	35 015	23 744	↓ -32,19%	16 385	10 760	↓ -34,33%	46,79%	45,32%	↓ -3,14%
RLS Vaudreuil-Soulanges	116	127	↑ 9,48%	90	111	↑ 23,33%	80 716	92 710	↑ 14,86%	31 162	37 749	↑ 21,14%	38,61%	40,72%	↑ 5,46%
RLS Suroît	60	58	↓ -3,33%	31	33	↑ 6,45%	43 911	49 681	↑ 13,14%	21 173	25 410	↑ 20,01%	48,22%	51,15%	↑ 6,08%
RLS Haut St-Laurent	22	25	↑ 13,64%	20	22	↑ 10,00%	16 814	16 372	↓ -2,63%	7 317	7 574	↑ 3,51%	43,52%	46,26%	↑ 6,30%
RLS Jardins-Roussillon	199	205	↑ 3,02%	112	115	↑ 2,68%	132 037	137 265	↑ 3,96%	56 109	60 157	↑ 7,21%	42,49%	43,83%	↑ 3,15%
Montérégie	1 192	1 229	↑ 3,10%	822	921	↑ 12,04%	924 409	920 267	↓ -0,45%	385 745	391 637	↑ 1,53%	41,73%	42,56%	↑ 1,99%

6.2.3 Activités médicales particulières (AMP)

Les activités médicales particulières (AMP) sont prévues dans la LSSSS et les modalités de leur application font l'objet d'une entente conclue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministre de la Santé, entente à laquelle souscrivent tous les médecins de famille exerçant dans le cadre de la RAMQ. Seule une partie de l'exercice de la pratique des membres du DRMG est visée par les AMP, et ce, selon le nombre d'années de pratique qu'ils détiennent. La gestion des AMP disponibles au territoire est déterminée par le DRMG.

Chaque mois, le comité de direction du DRMG évalue les besoins d'effectifs dans la région de la Montérégie et autorise des AMP dans les secteurs où des effectifs supplémentaires sont requis. La liste des AMP disponibles est mise à jour et publiée sur le site Internet du DRMG Montérégie : <https://www.santemonteregie.qc.ca/activites-medicales-particulieres-amp>.

Historiquement, la Montérégie n'autorisait que la prise en charge comme activité médicale particulière. Or, les besoins en région sont non seulement grandissants en prise en charge, mais également en établissement. Cela s'explique notamment par la difficulté à combler les départs à la retraite de plus en plus élevés chaque année. Ce faisant, les médecins de famille doivent composer avec une complexité de leur mandat puisqu'ils doivent non seulement effectuer la prise en charge de patients, mais également répondre aux autres besoins de première ligne.

Tableau 6 – Activités médicales particulières (AMP) disponibles en Montérégie

	RLS Champlain	RLS Haut-Richelieu-Rouville	RLS Pierre-Boucher	RLS Pierre-De Saurel	RLS Richelieu-Yamaska	RLS de Vaudreuil-Soulanges	RLS du Haut-Saint-Laurent	RLS du Suroît	RLS Jardins-Roussillon
AMP exclusives									
PEC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Urgence	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CHSLD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CHSCD						✓			
SAD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AMP mixtes									
PEC/Urgence	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PEC/CHSLD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PEC/GMF-R	✓	✓	✓		✓				✓
PEC/Hospitalisation		✓		✓			✓	✓	✓
PEC/Réadaptation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PEC/ Soins palliatifs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PEC/SAD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Urgence/Hospitalisation		✓		✓			✓	✓	✓
Urgence/GMF-R	✓	✓	✓			✓			✓
Urgence/CHSLD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

La figure 18 montre le portrait de la pratique des médecins de famille, soit en prise en charge ou en établissement ou encore en pratique mixte. Également, les médecins n’ayant aucune inscription et ceux n’ayant pas d’adhésion aux AMP sont comptabilisés.

Parmi les 1186 médecins membres du DRMG en Montérégie, 46 % effectuent uniquement de la prise en charge. Bien que cela représente la plus grande proportion, 29 % des médecins ont une pratique mixte et 15 % font de la pratique exclusivement en établissement, ce qui représente ensemble près de la moitié des effectifs en Montérégie.

Succinctement, la proportion de médecins de famille pratiquant en établissement afin de combler les besoins de la population montérégienne déséquilibre la répartition des profils de pratique au détriment de la prise en charge.

De plus, l’attractivité de la profession de médecin de famille étant en baisse, le profil de pratique de prise en charge l’est tout autant. Les jeunes médecins de famille tendent à obtenir des formations supplémentaires vers diverses spécialités de la médecine de famille telles que l’urgence.

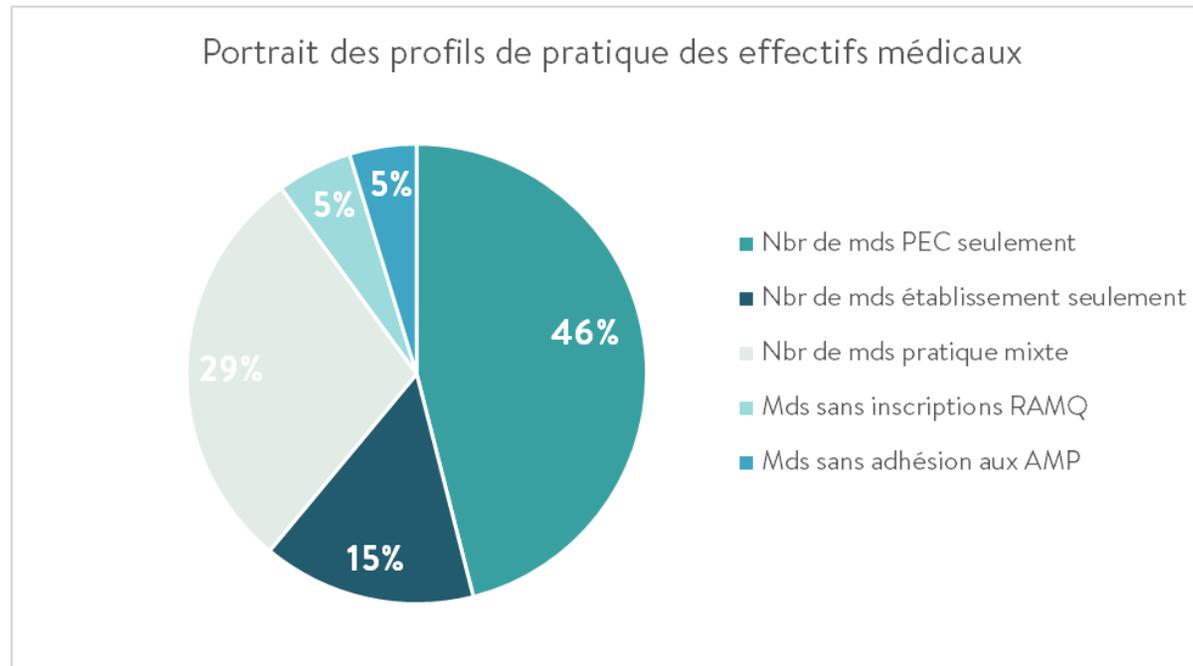


Figure 18 – Portrait des profils de pratique des effectifs médicaux

Source : Liste des effectifs médicaux DRMG et RAMQ, 2022

6.2.4 Enjeux reliés aux effectifs médicaux

La figure 19 présente le nombre d’ETP pour les activités réalisées par rapport aux ETP pour les besoins estimés en Montérégie, selon le secteur d’activité. Elle permet de faire le constat d’un écart au besoin important, notamment en première ligne où il est de 298 ETP. Cela est corroboré par des acteurs clés du territoire qui déplorent une capacité médicale insuffisante pour une prise en charge adéquate de la population ainsi que par la faible évolution des effectifs médicaux constatés plus haut. Comme le démontre la figure 20, la prise en charge représente 89,02 % des besoins estimés.

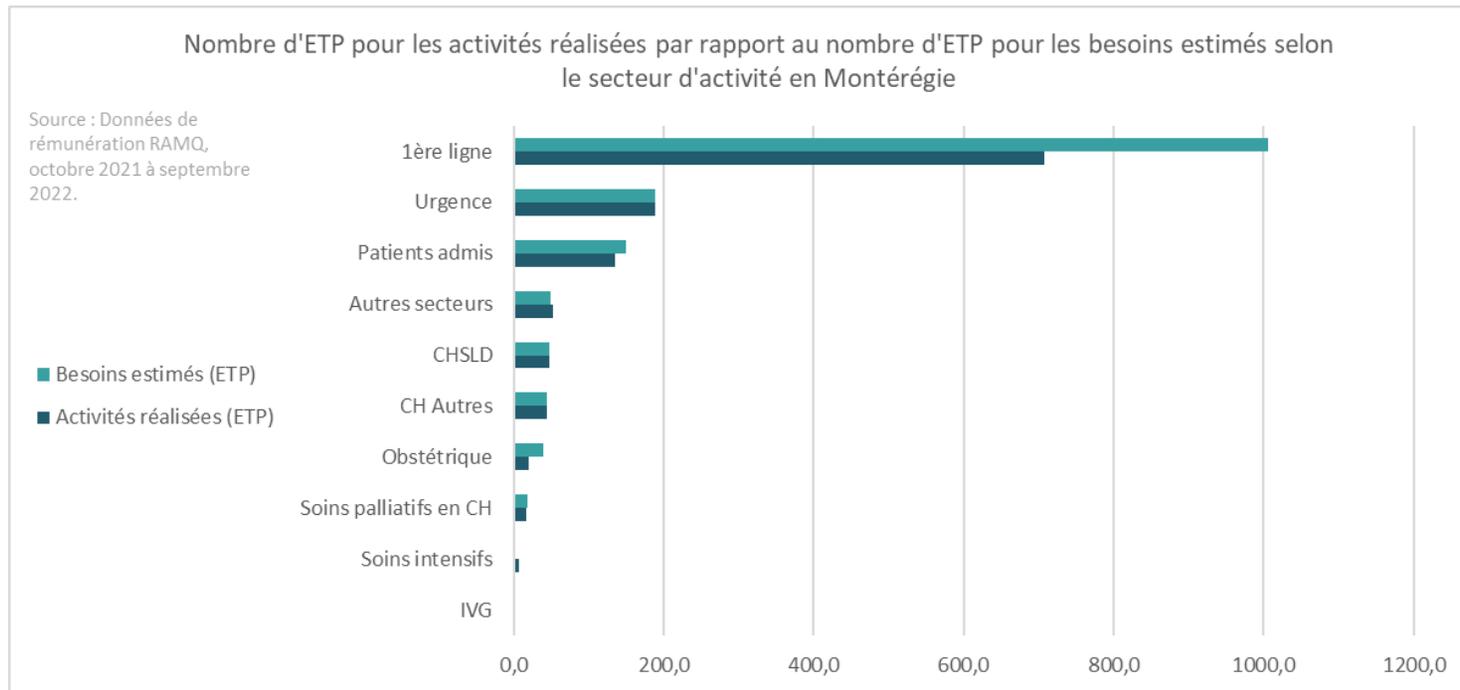


Figure 19 – Nombre d’ETP pour les activités réalisées par rapport au nombre d’ETP pour les besoins estimés selon le secteur d’activité en Montérégie d’octobre 2021 à septembre 2022

Source : Données de rémunération RAMQ, octobre 2021 à septembre 2022

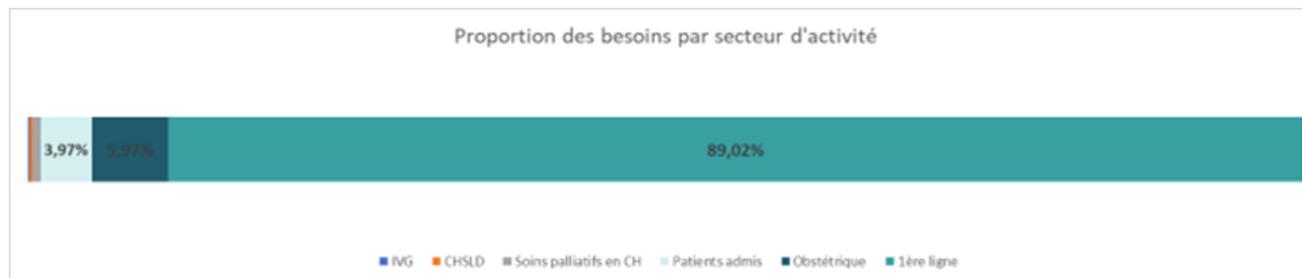


Figure 20 – Proportion des besoins par secteur d’activité

Source : Données de rémunération RAMQ, octobre 2021 à septembre 2022

Considérations pour le plan d'action concernant les effectifs médicaux

Face à la faible évolution des effectifs médicaux au cours des dernières années et des besoins grandissants à venir, il est primordial de mettre en place un plan d'action pour augmenter ces effectifs :



augmentation des attributions PREM;



recrutement des médecins diplômés hors Canada;



augmentation de l'attractivité du territoire notamment dans les zones rurales.

L'ouverture d'un nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulanges aura des conséquences sur la main-d'œuvre disponible déjà sous tension, nécessitant une gestion proactive des ressources humaines. Il est essentiel de prendre en compte les besoins en effectifs médicaux que cela occasionnera, en veillant à ce que l'ouverture de l'hôpital s'accompagne d'une augmentation bien planifiée de l'offre de services médicaux plutôt que d'un simple déplacement des effectifs existants. Cette considération devrait être intégrée dans le Plan régional des effectifs médicaux pour garantir que la population de la région pourra bénéficier des soins de santé nécessaires en temps opportun.

7. Accès aux services médicaux de première ligne et inscription auprès d'un médecin de famille

7,1 Accessibilité à un médecin de famille

Selon le rapport 6 de la Régie de l'assurance maladie du Québec, au 1^{er} janvier 2023, 76,1% des Québécois étaient inscrits auprès d'un médecin de famille pour l'ensemble de la province. La cible ministérielle de 85 % n'est donc pas atteinte à l'échelle de la province. La figure 21 montre que 73 % de la population de la Montérégie est inscrite auprès d'un médecin de famille, soit un taux d'inscription inférieur à la moyenne québécoise.

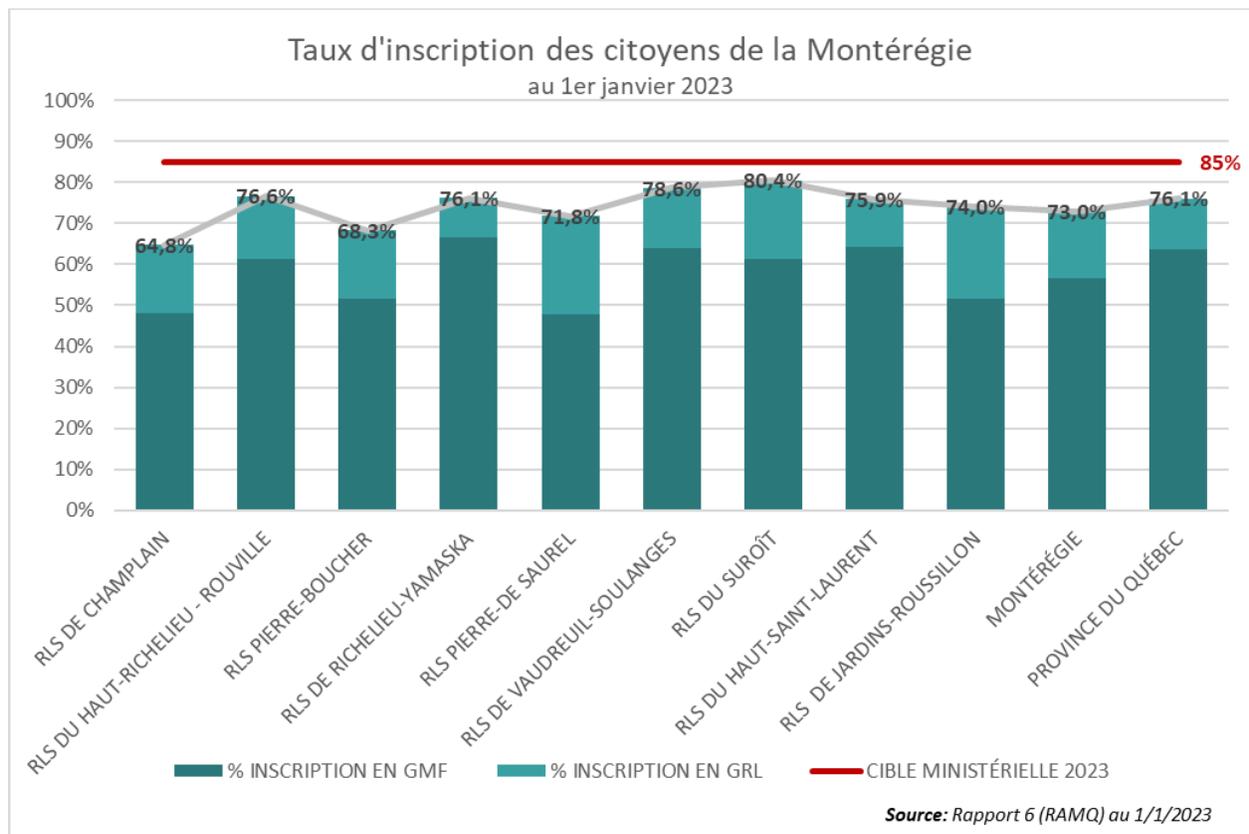


Figure 21 – Taux d'inscription de la population de la Montérégie au 1^{er} janvier 2023

Source : Rapport 6 RAMQ

Le taux d'assiduité moyen des GMF en Montérégie est de 91,2 %, avec une variation allant de 88,9 % à 95,5 % parmi les GMF du territoire, bien au-delà de la cible ministérielle de 80 %. Parmi toutes les visites de patients inscrits individuellement auprès d'un médecin de famille (cela inclut les visites en clinique où l'utilisateur est inscrit, les visites aux autres lieux en première ligne et les visites aux urgences telles que présentées à la figure 21), près de 4 % d'entre elles ont été faites à l'urgence en Montérégie. Les proportions de visites à l'urgence les plus élevées sont au RLS du Haut-Saint-Laurent avec un taux de 8,14 % alors que le plus bas se retrouve au RLS Champlain avec le taux le moins élevé, soit 1,99 %.

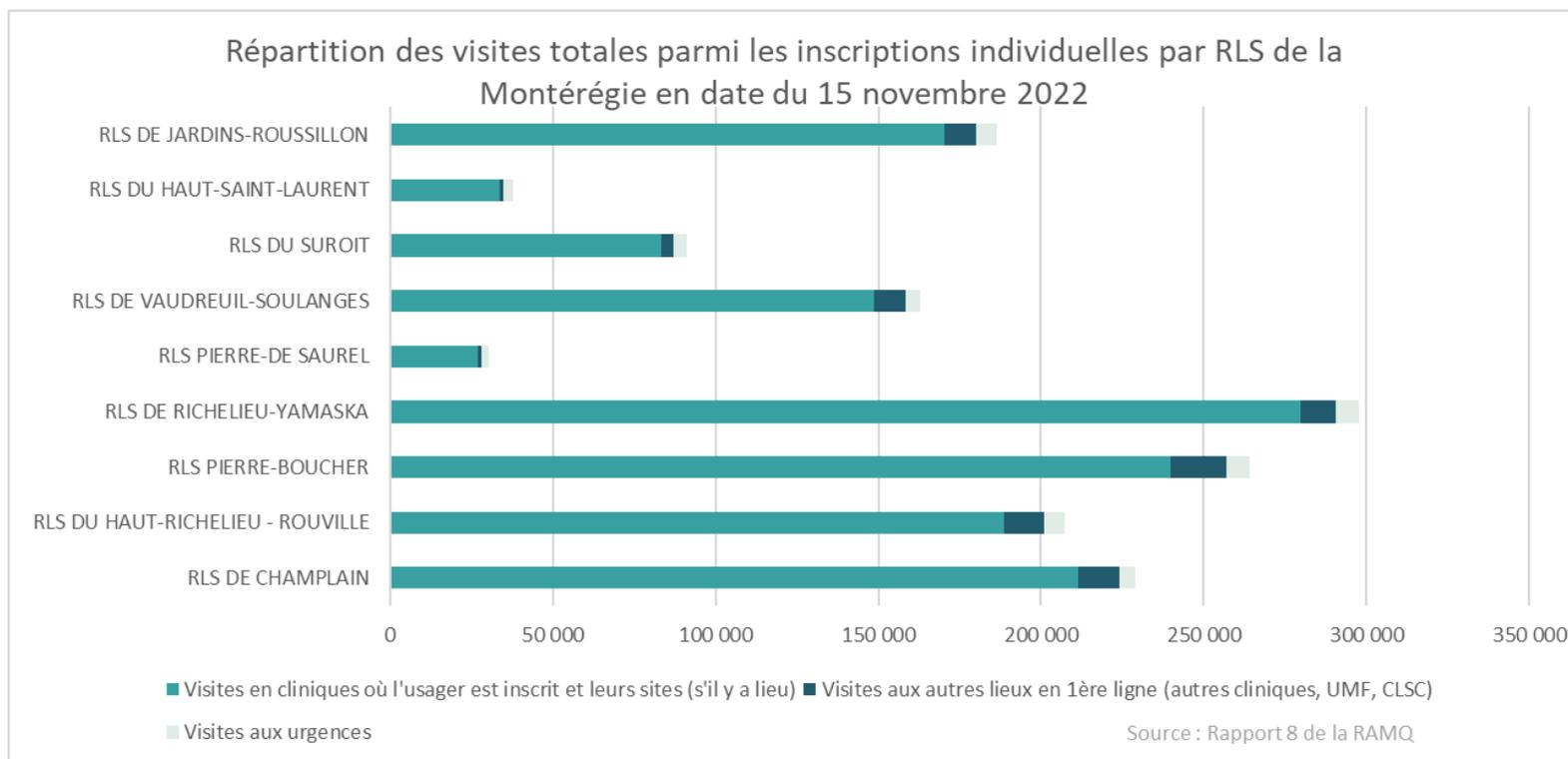


Figure 22 – Répartition des visites annuelles totales parmi les inscriptions individuelles par RLS de la Montérégie (en date du 15 novembre 2022)

Source : Rapport 8 RAMQ

La population orpheline peut présenter différents statuts. Elle peut être orpheline non enregistrée au GAMF, enregistrée au GAMF et inscrite ou non collectivement. En date du 3 juillet 2023, 1035666 usagers sont inscrits auprès d'un médecin de famille, 249294 orphelins sont enregistrés au GAMF (125568 avec inscription collective et 123726 sans inscription collective) et 157273 orphelins sont non enregistrés au GAMF (Figure 23).

Ce sont les RLS de Champlain et Pierre-De Saurel qui présentent les proportions de clientèles orphelines enregistrées au GAMF les plus élevées (22,3 % et 22,5 % respectivement), tandis que les RLS de Vaudreuil-Soulanges et du Haut-Saint-Laurent présentent les proportions de clientèle orphelines enregistrées au GAMF les plus faibles (10,2 % et 8,2 % respectivement).

Portrait de la population montérégienne inscrite auprès d'un MF et orpheline, enregistrée ou non au GAMF

En date du 3 juillet 2023 (Rapport 6 en date du 24 juin)

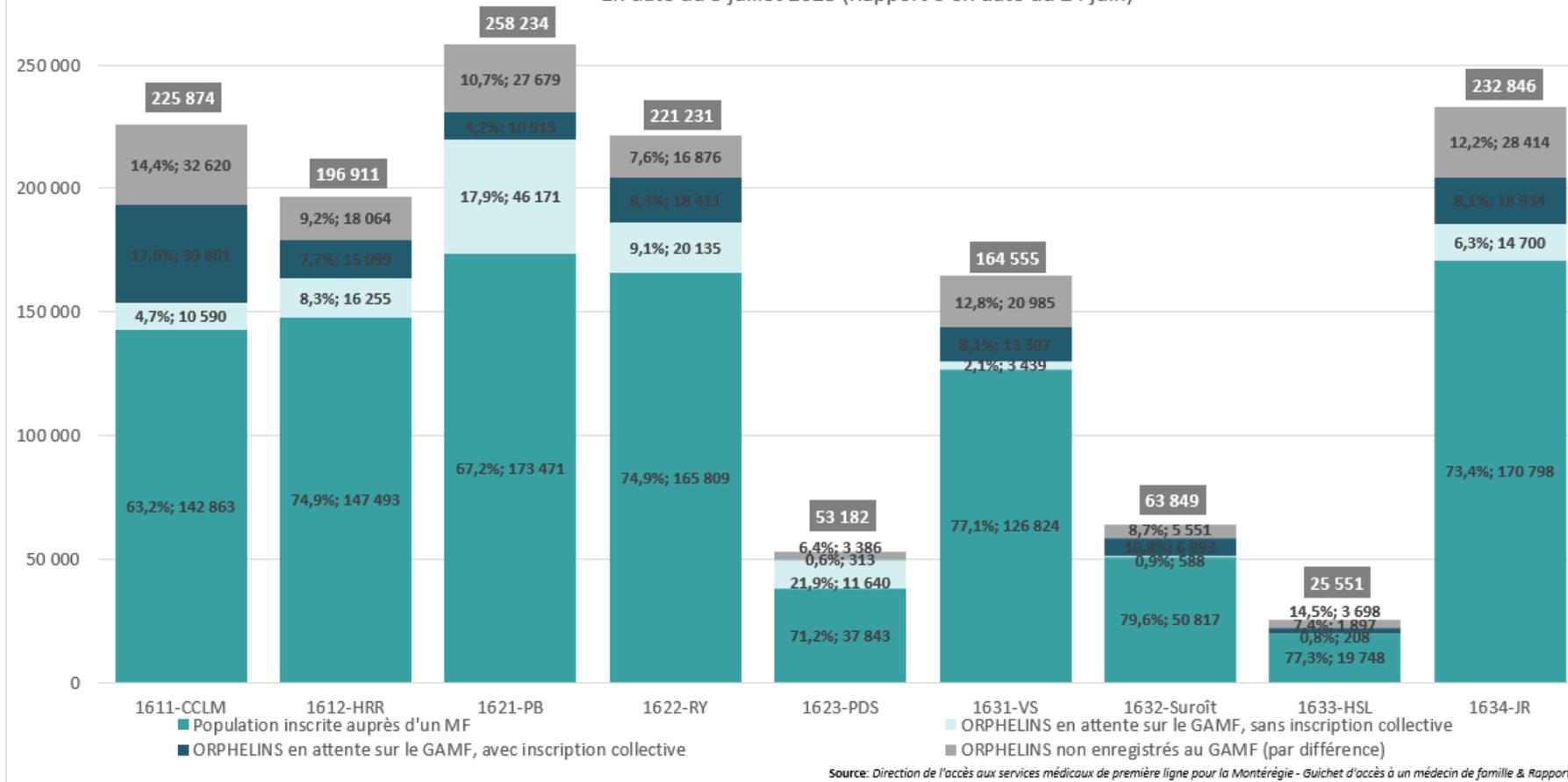


Figure 23 – Portrait de la population montérégienne inscrite auprès d'un médecin de famille et orpheline, enregistrée ou non au GAMF (en date du 3 juillet 2023)

Sources : GAMF et Rapport 6 RAMQ

Comme présenté à la figure 24, les usagers enregistrés au GAMF sont répartis selon 5 catégories de priorisation :

A – Personnes pour qui l’inscription auprès d’un médecin est urgente : personnes présentant des conditions de santé (cancer actif, soins palliatifs, état psychotique, idées suicidaires ou d’homicides, grossesse) et pour lesquelles tout délai d’inscription (≥ 7 jours) auprès d’un médecin de famille pourrait avoir des conséquences néfastes sur leur santé.

B – Personnes pour qui l’inscription auprès d’un médecin est pressante : personnes présentant des conditions de santé (ex. : hospitalisation au cours du dernier mois pour un problème chronique ou pour un problème aigu nécessitant un suivi rapide, dépendance active, trouble dépressif) et pour lesquelles un délai d’inscription auprès d’un médecin de famille d’au plus deux semaines peut être toléré.

C – Personnes pour qui l’inscription auprès d’un médecin est jugée prioritaire par un médecin ou un professionnel de la santé et des services sociaux : personnes présentant des conditions de santé pour lesquelles un délai d’inscription auprès d’un médecin de famille d’au plus trois semaines peut être toléré, dont les jeunes enfants (0-2 ans), les personnes de plus de 70 ans ou toute personne ayant déjà eu un code de vulnérabilité lors d’une précédente inscription.

D – Personnes pour qui l’inscription auprès d’un médecin de famille est importante. Ce sont des personnes présentant des conditions de santé pour lesquelles l’inscription est souhaitée dans un délai d’au plus un mois.

E – Personnes pour qui l’inscription auprès d’un médecin de famille est demandée : personnes se jugeant en bonne santé pour lesquelles l’inscription est souhaitée dans un délai d’au plus trois mois.

Le RLS du Haut-Saint-Laurent présente la proportion la plus grande de sa population enregistrée au GAMF dont la priorité est la plus urgente, soit la catégorie A, à un taux de 1,43 %. Ce taux représente plus que le double de la moyenne montérégienne (0,7 %). Pour ce qui est de la catégorie B, le RLS de Champlain affiche la portion la plus élevée à 4,13 % de sa population enregistrée au GAMF, soit plus que le double que la moyenne en Montérégie.

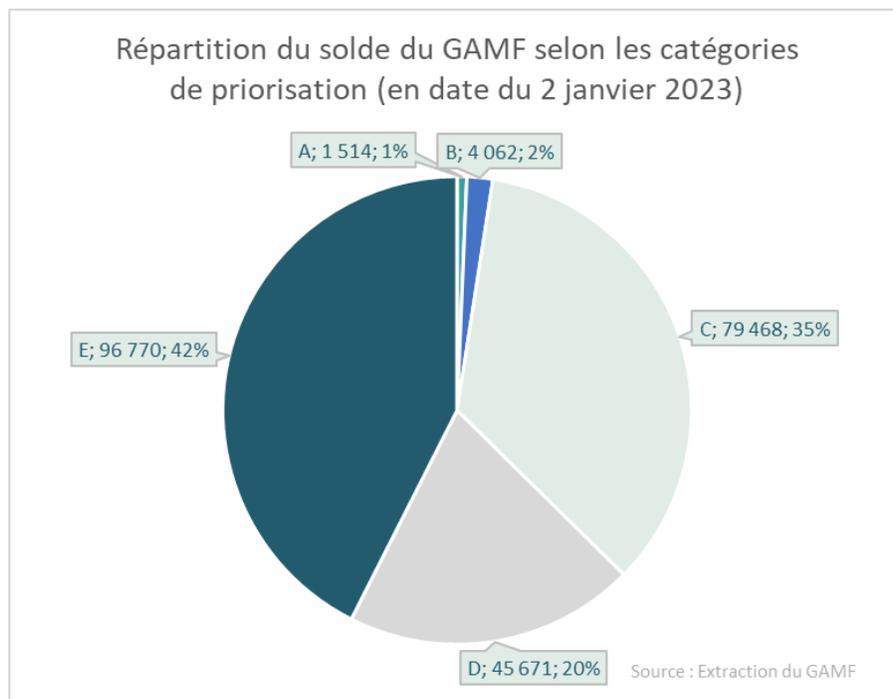


Figure 24 – Répartition du solde du GAMF selon les catégories de priorisation (en date du 2 janvier 2023)

Source : GAMF

7.2 Soldes migratoires

Au 31 mars 2022, selon les données du *Rapport sur les soldes migratoires* de la RAMQ, parmi la population montérégienne inscrite auprès d'un médecin de famille (1068269), près de 240111 personnes (22,5 %) sont inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant en dehors de la Montérégie.

Ces déplacements de patients se dirigent principalement vers Montréal, ainsi que d'autres régions du Québec. En contrepartie, 10,9 % des individus inscrits (soit 101312 personnes) dans les GMF et GRL de la Montérégie proviennent d'autres régions, révélant un déficit migratoire de 11,6 %.

Malgré ces flux migratoires, le nombre total de personnes inscrites par les médecins de famille de la Montérégie ne représente que 87,5 % de la population inscrite (selon les rapports 6 et 4 de la RAMQ). Cela met en évidence le besoin de renforcer les effectifs médicaux capables de prendre en charge les 12,5 % de la population inscrite auprès de médecins de famille à l'extérieur de la Montérégie.

7.3 Guichet d'accès en première ligne (GAP)

Depuis son déploiement en Montérégie, en octobre 2021, le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) permet à la clientèle orpheline enregistrée au GAMF d'obtenir une évaluation de ses besoins de santé et une orientation pertinence vers un rendez-vous médical ou un autre service de santé.

La figure 25 permet de constater une évolution progressive des demandes reçues et traitées au GAP entre juillet 2022 et juillet 2023, ce qui signifie que de plus en plus d'utilisateurs ont recours au GAP. Le tableau ci-dessous présente le volume d'appels pour chacun des RTS de la Montérégie avec un maximum d'appels entrants pour la Montérégie-Est (69916 appels).

RTS	Nombre de GAP	Appels entrants
Montérégie-Centre	2	49,214*
Montérégie-Est	1	69916
Montérégie-Ouest	1	64416

* Il est important de noter que la Montérégie-Centre dispose aussi d'un GAP numérique qui comptabilise 24271 demandes reçues entre le 13 juin 2023 et le 30 septembre 2023.

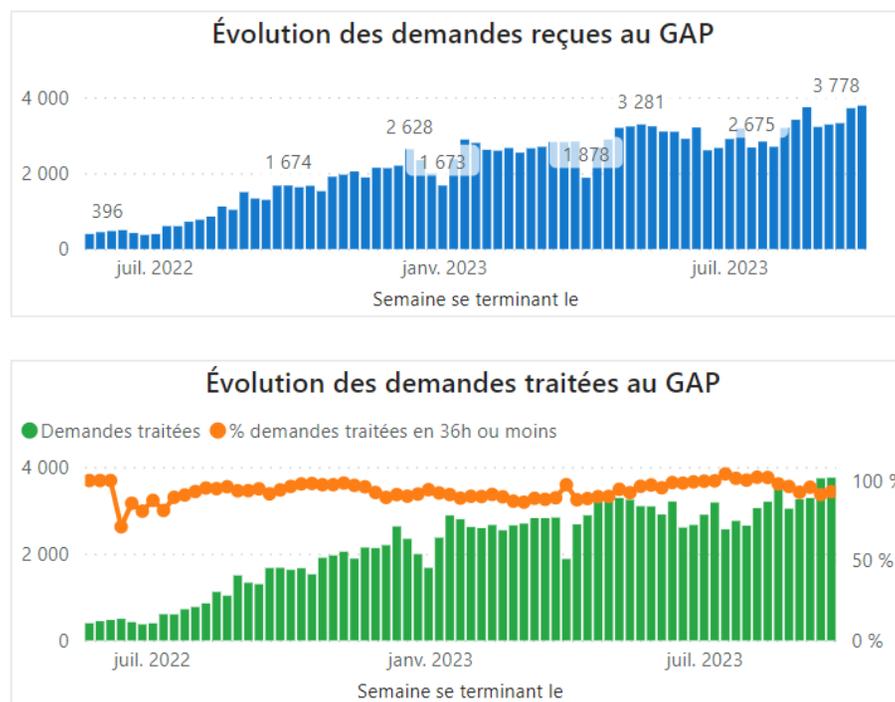


Figure 25 – Évolution des demandes reçues et traitées au GAP entre juillet 2022 et juillet 2023

Source : Tableau de bord Power BI du MSSS

La figure 26 présente la proportion des problèmes de santé des usagers orphelins ayant contacté le GAP. Les problèmes musculosquelettiques représentent un volume important des appels des usagers au GAP pour obtenir une réponse à leur besoin.

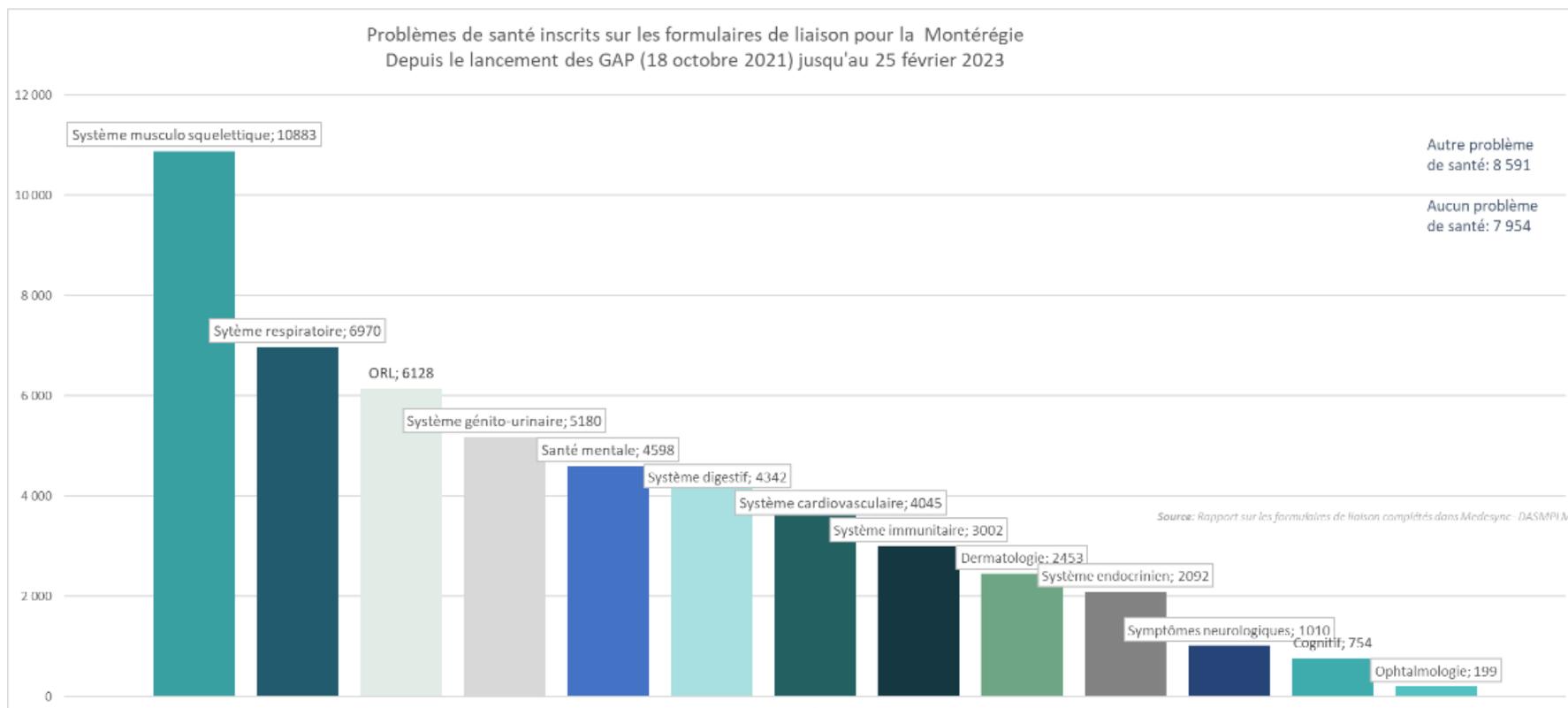


Figure 26 – Problèmes de santé inscrits sur les formulaires de liaison pour la Montérégie depuis le lancement des GAP (18 octobre 2021 jusqu'au 25 février 2023)

Source : Rapport sur les formulaires de liaison complétés dans Medesync, DASMPLM

Selon les données du power-BI ministériel, entre le 21 mai 2022 et le 25 février 2023, le Québec affiche un taux d'orientation vers le médecin de 50,5 % tandis qu'en Montérégie, la proportion est de 60,4 %.

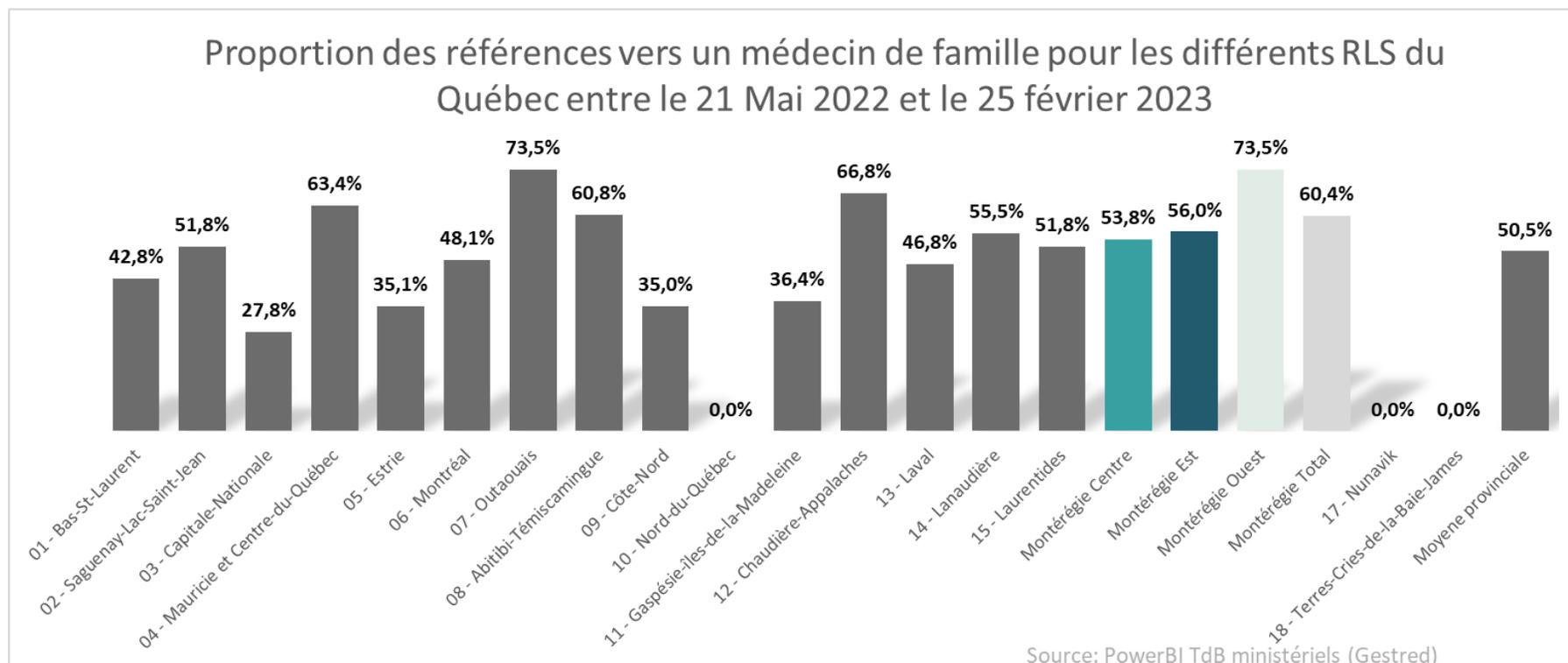


Figure 27 – Proportion des références vers un médecin de famille entre le 21 mai 2022 et le 25 février 2023

Source : Power BI, tableaux de bord ministériels (Gestred)

La figure 28 montre que la Montérégie affiche une proportion parmi les plus élevées des références envoyées à des pharmacies communautaires, soit 11 %, bien en deçà de la moyenne provinciale qui se situe à 5 %.

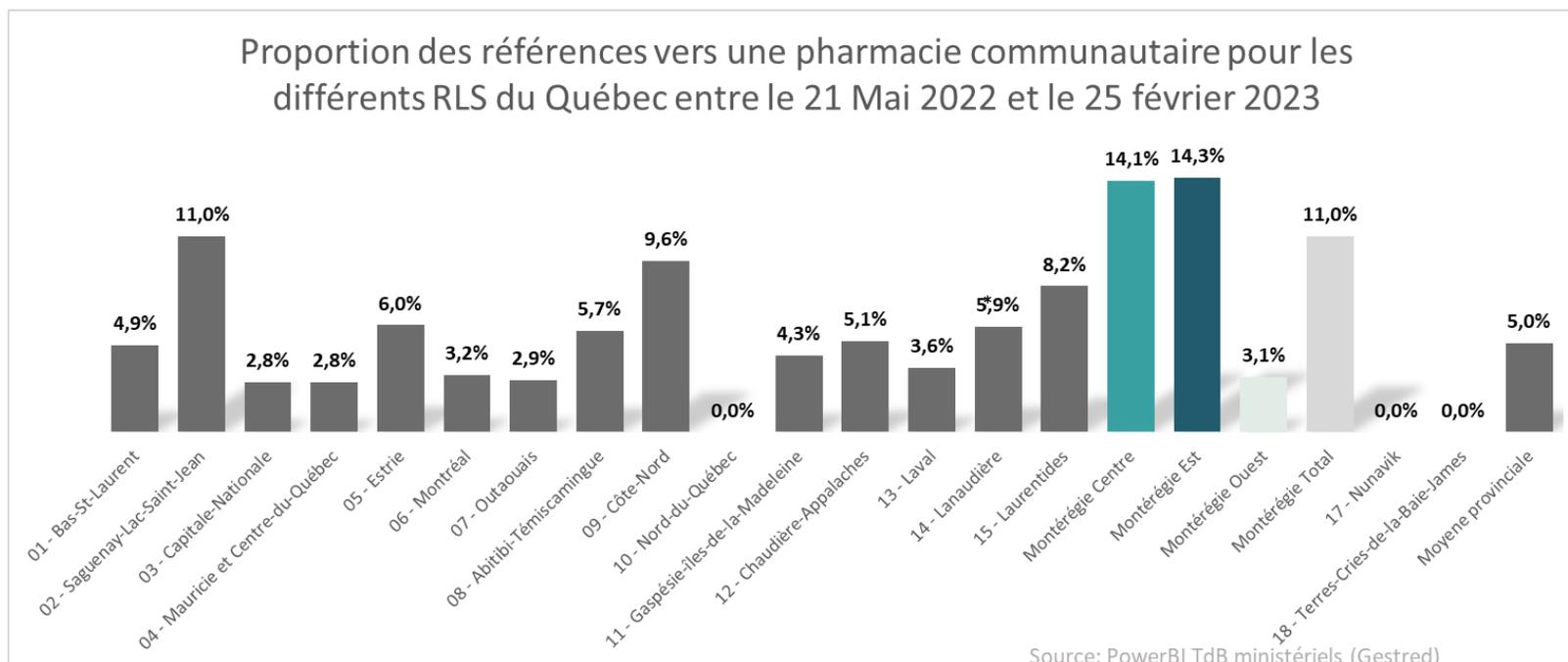


Figure 28 – Proportion des références vers une pharmacie communautaire entre le 21 mai 2022 et le 25 février 2023

Source : Power BI, tableaux de bord ministériels (Gestred)

*Il est important de noter que la proportion des références vers une pharmacie communautaire de 3,1% pour la Montérégie-Ouest s'explique par le fait que d'autres voies de référencement ont été mises en place.

Considérations pour le plan d'action concernant l'accès aux services médicaux de première ligne



Avec un taux d'inscription auprès d'un médecin de famille en dessous de la cible ministérielle et un grand nombre de patients orphelins en attente au GAMF et hors GAMF, il est crucial de développer des stratégies pour atteindre cette population non enregistrée au GAMF afin qu'elle s'y enregistre. Il sera tout aussi important de continuer à développer des stratégies pour augmenter le taux d'inscription auprès d'un médecin de famille. En parallèle, il faudra s'assurer de continuer à améliorer la performance du GAP pour garantir un accès adéquat et en temps opportun aux services de première ligne à la population orpheline.

8. Comment faire autrement? Bonnes pratiques en première ligne

Comme mentionné précédemment, la pénurie de professionnels de la santé reste un défi majeur en Montérégie et dans l'ensemble du Québec. Dans le cadre du projet de loi 11 (FMOQ, 2022), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a souligné la nécessité d'avoir 1000 médecins de famille de plus pour répondre adéquatement aux besoins médicaux en première ligne. Étant donné l'impossibilité d'augmenter de manière significative le nombre de professionnels de la santé à court terme, il devient impératif d'explorer des solutions de rechange afin de répondre aux demandes prioritaires de soins de la population montérégienne.

Dans ce document, une analyse approfondie des pratiques en première ligne a été menée dans divers contextes, que ce soit au Québec, au Canada, ou dans d'autres pays à travers le monde. L'objectif était d'identifier les meilleures pratiques en première ligne susceptibles de fournir des pistes de solutions pour pallier le manque d'effectifs médicaux et garantir la prestation de soins de qualité à l'ensemble de la population montérégienne.

8.1 Approche méthodologique

Afin d'appréhender le sujet, une variété de sources a été explorée, englobant des documents provenant du répertoire bibliographique de la Direction de l'accès aux services médicaux de première ligne, ainsi que des publications d'organismes provinciaux, nationaux et internationaux, d'organismes professionnels, et de revues scientifiques. Cette démarche visait à opérer une sélection judicieuse des documents destinés à l'analyse. Parmi les 21 sources initiales, 14 documents ont été retenus. Chaque document a ensuite été soumis à une analyse impliquant la prise de notes et la compilation des éléments pertinents dans un tableau.

Cette analyse approfondie a permis de dégager quatre thèmes majeurs : l'accessibilité aux soins, la collaboration en équipe interprofessionnelle, la continuité des soins et l'exploitation des technologies, notamment la télémédecine.

8.2 Accessibilité et continuité des soins : une perspective renforcée

À la lumière de l'analyse réalisée, il a été difficile de dissocier les notions d'accessibilité et de continuité des soins. Ces deux éléments sont intrinsèquement liés, jouant un rôle essentiel dans la prestation de soins de qualité aux utilisateurs. Ainsi, il est impératif de rechercher un équilibre permettant la coexistence de ces deux dimensions, dans l'intérêt du bien-être des utilisateurs.

Dans son rapport au National Health Service (NHS) au Royaume-Uni (*Fuller Stocktake report*, 2022), la Dre Claire Fuller met de l'avant l'importance cruciale de préserver la continuité des soins en tant que pilier fondamental des soins primaires. Elle propose une vision novatrice d'intégration des soins primaires articulée autour de trois offres essentielles :

- **Organiser l'accès aux soins** – Cela implique de rendre les soins accessibles aux personnes qui tombent malades, mais n'utilisent que rarement les services de santé. Il s'agit de leur offrir une gamme étendue de choix quant à la manière dont elles accèdent aux soins, tout en garantissant que des services de qualité demeurent toujours disponibles dans leur communauté quand le besoin s'en fait sentir.

- **Fournir des soins proactifs et personnalisés** – Cette approche repose sur le soutien d’une équipe multidisciplinaire de professionnels, destinée aux personnes ayant des besoins plus complexes, notamment celles souffrant de plusieurs conditions chroniques. L’objectif est d’assurer une prise en charge proactive et adaptée à chaque individu.
- **Promouvoir la santé à long terme** – Dans le cadre d’une approche de prévention plus ambitieuse et concertée, il s’agit d’accompagner les utilisateurs afin qu’ils maintiennent une bonne santé à long terme. Cette dimension préventive vise à anticiper les besoins de santé et à favoriser des modes de vie sains.

Dans son rapport, la Dre Fuller présente deux exemples d’initiatives d’intégration des soins primaires :

- **Connecting Care for Children (CC4C) et le modèle de soins anticipés à Frimley.** L’initiative CC4C est un partenariat entre les fournisseurs de soins hospitaliers et communautaires, les fédérations de médecins généralistes, les réseaux de soins primaires, les autorités locales, les organisations caritatives, les patients et les citoyens du nord-ouest de Londres. Neuf centres de santé pour les enfants ont été mis en place pour fournir un modèle intégré de soins de santé pour les enfants à travers de multiples agences et services communautaires. Les médecins généralistes et les pédiatres apportent une contribution clinique spécialisée. Les équipes multidisciplinaires se réunissent pour discuter et gérer les cas cliniques, en partageant régulièrement leurs connaissances. Au fur et à mesure que ces équipes ont mûri, elles se sont élargies et se concentrent désormais sur l’amélioration de la qualité, la planification et l’identification des opportunités de soins proactifs et préventifs, par exemple en réunissant des professionnels de la santé infantile et des experts dentaires pour améliorer la santé bucco-dentaire des enfants au sein de la population du cabinet du médecin généraliste. Plus de 35 systèmes CC4C ont également été mis en place au Royaume-Uni. Le programme peut prouver qu’il a amélioré les résultats en ce qui concerne l’expérience des patients et des familles en matière de soins, l’expérience et l’apprentissage du personnel, la santé de la population par le biais d’interventions préventives et la santé publique et la réduction du coût par habitant.
- **À Frimley, le modèle de soins anticipés a été introduit pour soutenir les personnes présentant soit une fragilité modérée avec huit comorbidités ou plus, soit une fragilité modérée/sévère et n’ayant pas consulté de médecin généraliste au cours des six derniers mois.** L’objectif est de maximiser le bien-être des personnes, de maintenir leur indépendance et de leur donner les moyens de prendre leurs propres décisions en matière de soins. Les personnes identifiées comme pouvant bénéficier de soins anticipés font l’objet d’une évaluation holistique et d’un examen complet par l’équipe multidisciplinaire sous la direction d’un gériatre. Les recommandations de l’équipe sont basées sur les besoins et les souhaits de la personne. Cette équipe réunit un ensemble de professionnels, dont les services de santé mentale pour personnes âgées, les services sociaux de réadaptation, la pharmacie, la santé communautaire, les ergothérapeutes, un gériatre et le médecin généraliste responsable de la fragilité. Une série d’interventions est proposée aux personnes qui suivent le parcours, en fonction de ce qui est important pour elles. Les interventions typiques comprennent la revue des médicaments, la prévention des chutes, la prescription sociale, la planification de la fin de vie, les conseils nutritionnels et l’orientation vers les services de la communauté bénévole et de l’entreprise sociale (VCSE). Tous les membres de l’équipe multidisciplinaire peuvent contribuer au dossier de soins partagé, qui est ensuite accessible aux services de soins urgents. Ce serait une initiative intéressante dans le contexte montérégien ayant une proportion de la population vieillissante importante.

Un autre aspect mis en évidence par l'analyse des bonnes pratiques concerne le défi lié aux délais d'obtention des rendez-vous. En effet, une accessibilité appropriée implique que les utilisateurs peuvent bénéficier de soins rapidement, en tout temps et au moment opportun. Face aux délais constatés par les utilisateurs pour obtenir des rendez-vous dans les divers contextes examinés dans ce document, plusieurs initiatives ont été instaurées pour améliorer l'accès aux soins, notamment l'accès aux soins urgents le jour même :

- Au Royaume-Uni, le ICS (Integrated Care System) de Humber Coast et Vale a implanté un système d'escalade des pressions opérationnelles (*Fuller Stocktake report, 2022*) pour comprendre et gérer la demande et la capacité dans les soins primaires. Les cabinets enregistrent leur statut quotidien en ligne et, si un cabinet signale des problèmes de capacité, le groupe de la commission clinique le soutient et travaille avec lui pour trouver une solution. Bien que certains cabinets aient initialement hésité à communiquer leurs données, grâce aux relations de confiance entre les médecins généralistes et le groupe de la commission clinique ainsi qu'aux informations fournies par OPEL (Operational Pressures Escalation Levels) au système, les cabinets rapportent désormais avec confiance leurs pressions. Cette démarche a été particulièrement fructueuse dans le groupe de la commission clinique de Vale of York, où les 11 cabinets médicaux signalent quotidiennement les escalades OPEL, après 3 ans de développement de la relation. Les cabinets du groupe de la commission clinique de York sont allés plus loin pour améliorer ce système en développant leur propre système de signalement des pressions anticipées par l'intermédiaire de la Fédération des médecins généralistes, afin d'anticiper la veille la demande prévue et les problèmes de capacité. Grâce à des contributions communes à un budget partagé, les cabinets peuvent confirmer que des ressources supplémentaires sont en place avant même le début d'une journée chargée.
- L'initiative du Foundry Health Centre permet également d'améliorer l'accès aux soins urgents le jour même (*Fuller Stocktake report, 2022*). Les patients sont répartis à l'aide d'un triage systématique et d'un jugement clinique et identifiés à l'aide d'un code vert (généralement en bonne santé – continuité moins importante), orange (affections à long terme – continuité importante; soins réactifs appropriés délivrés) ou rouge (vulnérable ou complexe – continuité primordiale; soins proactifs donnés). Combinée à la création d'un site «vert» dédié pour ceux qui ont besoin d'un accès le jour même (et d'un débordement «orange»), la capacité dans les différents sites du centre de santé est plus facile à planifier et à gérer, en s'appuyant sur les équipes multidisciplinaires pour que les patients voient le bon professionnel de santé au bon moment. Cette approche a amélioré la continuité des soins, a amélioré l'accès à une gamme de services grâce au travail en partenariat, et a permis de mieux utiliser les autres professionnels, tels que les pharmaciens, les infirmières, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, etc. Par rapport à d'autres pratiques et sur la base des données du système clinique des médecins généralistes, les 5 % de participants les plus fréquents du centre n'ont utilisé que 30 % des consultations de médecins généralistes, contre 40 % ailleurs, et le nombre de rendez-vous «évitables» a été réduit de 9 % à 6,5 % fin 2021, les autres services de soins primaires signalant une moyenne de 27 % pour les rendez-vous «évitables».

L'analyse effectuée a également permis de mettre en lumière des initiatives permettant l'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture :

- En France, la création de permanences de soins ambulatoires (PDSA) a permis d'assurer l'accès aux services de première ligne après la fermeture des cabinets médicaux en semaine, le week-end et les jours fériés et ainsi de répondre à la demande de soins non programmés de la population (ARS Île-de-France, 2023). Une rotation s'effectue entre les médecins du territoire et la régulation médicale est effectuée par le 15 (équivalent du 911), qui évalue la pertinence d'envoyer les patients à la PDSA.

- Aux Pays-Bas également, des soins sont organisés en dehors des heures normales dans les secteurs urbains et en banlieue (Kiran, 2023). Des coopératives de 50 à 250 médecins de premier recours offrent des soins à des populations de 100 000 à 500 000 personnes. L'accès s'effectue via un numéro régional unique au moyen duquel des infirmières sont responsables du triage initial. Les médecins bénéficient de l'appui des technologies d'information et de communication ainsi que de chauffeurs ayant une formation médicale pour faciliter les visites à domicile. Plus de la moitié des coopératives de médecins de famille aux Pays-Bas se sont intégrées aux services d'urgence des hôpitaux, formant ainsi des «points d'accès aux soins d'urgence». Cette collaboration a permis de réduire l'utilisation des services d'urgence de 13 % (Smits et al., 2017).
- Des initiatives similaires sont réalisées en Norvège, en Finlande et au Danemark.

Cela permet non seulement de garantir une accessibilité, mais également une continuité des soins.

Afin de répondre aux nouveaux besoins en matière de soins de santé primaires et d'éviter l'admission à l'hôpital de patients dont le diagnostic est connu, une unité de soins d'urgence gérée par des médecins généralistes a été créée à Oslo, en Norvège (OCDE, 2020). Cette unité dotée de 32 lits fonctionne en parallèle aux services de soins primaires urgents, qui sont gérés par une unité de décision clinique (UDC). Les patients peuvent y attendre jusqu'à 24 h avant que la décision de les admettre dans l'unité ou de les renvoyer chez eux ne soit prise. Environ 20 % des patients y sont admis et la municipalité d'Oslo estime que ce chiffre serait d'environ 80 % sans l'UDC. L'unité de soins primaires d'urgence propose également des services sociaux d'urgence tels qu'un hébergement pour les sans-abri ou une aide psychologique pour les victimes d'agression. L'unité comptabilise près de 23 000 prises de contact par an. La municipalité d'Oslo possède également une unité novatrice dans laquelle les personnes âgées peuvent accéder directement à des soins infirmiers. Les patients peuvent souvent bénéficier, sans recommandation, d'une prise en charge sociale et parfois aussi de soins cliniques (sur présentation de symptômes grippaux par exemple). Elle est gérée par des infirmiers et les patients peuvent ensuite être aiguillés vers des soins cliniques spécialisés si nécessaire. Cette unité a été bien accueillie et les données empiriques indiquent que les patients qui s'y sont rendus une fois sont rassurés par sa présence et ont tendance à ne pas en abuser. Une initiative similaire avait été lancée au Québec en 2014 avec les hôpitaux de jour, mais a par la suite été arrêtée. Ce serait une initiative pertinente à reprendre afin d'apporter une solution de rechange à l'urgence.

Des pratiques prometteuses ont été développées par certaines communautés afin de consolider les soins primaires dans les communautés nordiques, rurales et éloignées (Excellence en santé Canada, 2023). Parmi ces pratiques, on retrouve le modèle de l'accompagnement et de soutien pour l'amélioration de la qualité de l'accès adapté. L'accès adapté est un modèle organisationnel efficace et efficient qui vise à améliorer l'accès aux soins primaires en temps opportun. Ayant eu des effets démontrés dans des milieux urbains, il est en cours d'implantation dans des zones rurales du Québec et du Nouveau-Brunswick. Plusieurs stratégies d'amélioration et d'enseignement de l'accès adapté peuvent être appliquées dans un contexte de soins de santé primaires, dont l'utilisation d'approches d'amélioration continue de la qualité (ACQ), et plus particulièrement celle du modèle d'amélioration. Celui-ci permet de promouvoir, de structurer et de pérenniser les changements au sein des organismes afin de bonifier à la fois les méthodes et les résultats. L'ACQ a été élaborée et testée auprès de huit équipes de soins de santé primaires (de 2019 à 2022) aux profils variés du point de vue de leur taille (allant de 5 à 25 médecins) et de leur milieu (rural ou urbain). Parmi les résultats obtenus, on retrouve les suivants : réduction de 7 jours du temps avant le troisième rendez-vous, augmentation de 11 % de la proportion de rendez-vous disponibles dans les 48 heures, réduction de 20 % du nombre de consultations sans rendez-vous, ainsi qu'une satisfaction au travail tant pour le personnel administratif que pour le personnel clinique.

L'accès adapté est un modèle qui existe déjà en Montérégie, mais son application réelle reste à revoir, notamment en identifiant les obstacles à son implantation réelle et les façons possibles de surmonter ces obstacles. Le modèle de l'accompagnement et de soutien pour l'amélioration de la qualité de l'accès adapté pourrait être un bon outil en ce sens.

Parmi les autres pratiques présentées, on retrouve le modèle de Centre de santé communautaire (CSC) en Ontario. Les CSC sont gérés par les communautés et intègrent des services de santé et des services sociaux. Ils permettent d'assurer l'accès à une équipe de soins primaires pluridisciplinaires déterminée à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Les évaluations réalisées montrent que les CSC permettent un meilleur accès à des soins de santé et des services de soutien social se traduisant notamment par une réduction du nombre de visites et d'admissions à l'urgence évitables ainsi qu'une amélioration des résultats de santé.

Dans le contexte actuel de pression sur les effectifs médicaux, le Collège des médecins du Québec (CMQ), dans son mémoire relatif au projet de loi 11, préconise la promotion de la rétention des médecins en fin de carrière en autorisant le travail à temps partiel. Cette approche vise à permettre aux médecins expérimentés de continuer à prodiguer des soins à la population tout en transférant progressivement leur patientèle à de nouveaux praticiens. Dans une démarche similaire, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), dans son mémoire pour la journée d'action politique 2022 de la Fédération, soutient également la rétention des médecins atteignant l'âge de la retraite, tout en plaidant pour une flexibilité qui n'entrave pas la création de nouveaux postes de médecins de famille (PREM).

Le CMQ appuie également la généralisation du service d'orientation par l'infirmière (CMQ, 2022) en s'inspirant des pratiques observées dans les GAP. Cette approche est considérée comme pertinente tant pour les personnes ayant déjà un médecin de famille que pour celles qui ne sont pas inscrites, dans le but d'accroître la disponibilité des médecins pour répondre à un plus grand nombre de personnes nécessitant leurs services. Par ailleurs, l'initiative du Foundry Health Centre, mentionnée précédemment, offre non seulement un accès aux soins le même jour, mais également une orientation efficace des consultations vers le médecin ou le professionnel adapté en temps opportun.

8.3 Travail en équipe interprofessionnelle

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un mode d'exercice introduit dans le code de la santé publique français en 2007 pour permettre aux professionnels libéraux d'exercer de manière collective (ARS Hauts-de-France, 2018). Il s'agit d'un modèle d'exercice reposant sur la collaboration d'une équipe de professionnels de première ligne travaillant de manière concertée en vue d'assurer une prise en charge plus efficace des patients, que ce soit sur un site unique ou sur plusieurs sites. Les MSP se composent de trois éléments clés :

- Une équipe pluriprofessionnelle sans rapport hiérarchique entre les professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.).
- Un projet de santé, socle de la MSP, élaboré par les professionnels, basé sur les besoins de la population et couvrant des priorités de santé variées.
- Des outils de coordination tels que des protocoles pluriprofessionnels de prise en charge, des réunions de coordination pluriprofessionnelle (RCP), un dispositif de partage d'informations sécurisé et un coordinateur de soins ou de santé pour accompagner et soutenir les professionnels dans la mise en place des actions de leur projet de santé.

Parmi les responsabilités des professionnels au sein d'une MSP figurent le développement professionnel continu et la mise en œuvre d'actions de promotion et de prévention de la santé. Dans un contexte de pénurie de médecins généralistes en France, le travail en équipe interprofessionnelle au sein des MSP permet une répartition efficace de la prise en charge des patients entre les membres de l'équipe, contribuant ainsi à une amélioration globale de la qualité des soins.

Face à une offre de médecins généralistes insuffisante, la Suède a adopté une approche innovante en élargissant les responsabilités des infirmières dans les soins primaires. Cela inclut la mise en place de consultations infirmières en remplacement des consultations de médecins généralistes, l'extension des compétences pour la prescription de certains médicaments, et la délégation de tâches liées au traitement du diabète à des infirmières spécialisées. Ces initiatives, notamment axées sur le soutien à l'autogestion des patients, ont été mises en œuvre pour faire face aux défis de la pénurie médicale (OCDE, 2021; Larsen et al., 2020).

Au Québec également, la nécessité de renforcer les effectifs infirmiers se fait sentir à l'échelle provinciale, comme souligné par la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ, 2022). Cette dernière met en évidence le besoin criant de personnel infirmier en première ligne de soins. Un exemple inspirant est l'initiative de l'urgence de l'hôpital de Baie-Saint-Paul, où une approche novatrice a été adoptée pour retenir le personnel infirmier. Les infirmières ont ainsi bénéficié d'un pouvoir décisionnel accru sur leurs horaires, avec la possibilité de travailler 12 heures par jour pendant 7 jours consécutifs, suivis d'une semaine de repos. Cette mesure a conduit à une diminution des 60% à 70% des quarts de travail non comblés (30 quarts par semaine comparativement à 10). Cette expérience démontre la faisabilité de réduire l'absentéisme en donnant aux infirmières une plus grande autonomie dans la gestion de leur emploi du temps, une approche qui s'est déjà révélée efficace avant la pandémie pour augmenter la rétention du personnel. Notons que, confrontés à des pénuries d'infirmières au Danemark, en Suède et en Norvège, ces pays ont également mis en œuvre des stratégies visant à encourager davantage de personnel à travailler à temps plein, ou simplement à augmenter leurs heures de travail hebdomadaires (Larsen et al., 2020).

La Dre Tara Kiran, affiliée au département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, souligne la nécessité de repenser le rôle du médecin de famille et sa position au sein du système de santé, particulièrement au sein d'une équipe interprofessionnelle (Kiran, 2023). Cela permettrait non seulement d'améliorer la qualité des soins (le patient est vu par le bon professionnel et bénéficie de la meilleure expertise possible par rapport à son problème de santé), mais aussi au médecin de voir plus de patients qui ont réellement besoin de son expertise. Selon elle, ce changement de paradigme exige une refonte du mode de rémunération des médecins, préconisant par exemple l'adoption d'un modèle de rémunération par capitation, mieux adapté à la gestion de patients atteints de maladies chroniques. Elle recommande également de favoriser la création de cabinets de médecine familiale interprofessionnels de quartier, en commençant par ceux où les besoins sont les plus criants pour une prise en charge de la population locale. Elle affirme que les réseaux de médecine familiale existants pourraient servir de base pour développer ces services. De plus, ce modèle favorise une meilleure collaboration entre les services de soins primaires et les services communautaires et sociaux pour une meilleure équité en santé et une optimisation de l'utilisation des ressources. Au Royaume-Uni, on retrouve aussi ce modèle d'équipes intégrées dans chaque quartier au cœur de la vision d'intégration des soins primaires (*Fuller Stocktake report*, 2022). Il répond à la nécessité de rassembler les équipes et des professionnels auparavant cloisonnés pour faire les choses différemment et améliorer les soins aux patients. Dans ce modèle également, on retrouve l'idée de faire évoluer les équipes intégrées de quartier à partir des réseaux de soins primaires existants. D'autres pays tels que la Norvège et la Finlande ont mis en place un tel modèle de soins primaires de quartier (Kiran, 2023).

Le CMQ est en accord avec l'importance du travail de collaboration interprofessionnelle en première ligne et souligne l'importance d'augmenter le nombre d'infirmiers et d'infirmières dans les GMF pour augmenter le nombre de patients pris en charge (CMQ, 2022). La FMEQ insiste sur le caractère essentiel de la pratique en équipe interprofessionnelle pour pallier la pénurie de main-d'œuvre et rappelle que cette pratique doit se concrétiser par une bonne répartition des actes entre médecins et professionnels en fonction de l'expertise de chacun (FMEQ, 2022). Cela passe par la reconnaissance du rôle de chacun, mais aussi par la capacité organisationnelle à optimiser le recours aux professionnels pour l'utilisation de leur expertise inhérente (FMEQ, 2022). Elle mentionne qu'il serait souhaitable que les services offerts par les professionnels de santé autres que les médecins soient inclus au panier des services couverts par la RAMQ (physiothérapie, ergothérapie, nutrition, psychothérapie, etc.) pour une meilleure mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle.

Dans son avis sur le projet de loi 11, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) revient sur cette notion de travail en équipe interprofessionnelle et rappelle la nécessité et l'urgence d'un réel travail interdisciplinaire et d'une autonomie des professionnels en soins en première ligne dans un contexte de manque d'effectifs médicaux. Elle estime qu'en GMF, on retrouve plus une pratique médicale de groupe qu'un travail en équipe multidisciplinaire et que le rapport d'autorité entre les médecins et les professionnels ne favorise pas le travail en équipe. Diverses mesures d'élargissement du rôle des professionnels sont en vigueur notamment pour ce qui est des infirmières. En 2016, les infirmières ont obtenu le droit de prescrire dans le domaine des soins des plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants, enrichissant ainsi leur pratique en première ligne. La FIQ mentionne que le champ de prescription infirmier n'a pas évolué (à part pour les IPS) puisqu'une faible proportion des 10 381 infirmières titulaires de ce droit a pu s'en prévaloir et que très peu de directions d'établissements de santé du secteur public ont permis aux infirmières titulaires de ce droit de prescription d'offrir ce service en première ligne. Des ordonnances collectives permettant d'amorcer des mesures diagnostiques et thérapeutiques, d'effectuer des examens ou encore d'administrer et d'ajuster des médicaments ou autres substances sont en vigueur et permettraient la pleine autonomie des infirmières en première ligne. Mais force est de constater que malgré toutes ces mesures existantes, les infirmières et les IPS n'occupent pas pleinement leur champ de pratique, que leurs compétences sont sous-utilisées et que les fédérations souhaitent plus d'engagement de la part des établissements dans le déploiement des compétences des infirmières. La FIQ recommande ainsi, pour une plus grande accessibilité en première ligne : « l'introduction ou l'accroissement de la présence d'IPS dans divers milieux de pratique, [...] le plein déploiement de leur champ d'exercice, comme prévu à la Loi modifiant la *Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (Loi 6), [...] l'application effective de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* dans l'ensemble du réseau, quels que soient les milieux de soins, en établissant des cibles d'occupation du champ d'exercice pour chacune des activités réservées et en mesurant annuellement l'atteinte de ces cibles dans tous les établissements de santé, [...] l'application obligatoire et uniforme des ordonnances collectives existantes et [...] l'application obligatoire du *Règlement sur la prescription infirmière* dans tous les milieux de soins » (FIQ, 2022). À la lumière des éléments présentés, il est souhaitable que les établissements en Montérégie veillent à la mise en application réelle de ces mesures d'élargissement des rôles dans le contexte actuel de manque d'effectifs médicaux.

8.4 Utilisation des technologies (télémédecine)

L'évolution constante de l'utilisation des technologies en santé, notamment la télémédecine, trouve une pertinence particulière dans des contextes où l'accès aux prestataires de soins est limité. L'analyse effectuée souligne son utilité, notamment dans des zones mal desservies en professionnels de la santé. Un exemple concret provient de l'Islande, où des consultations vidéo dirigées par des médecins basés à Reykjavik ont efficacement résolu la pénurie de médecins généralistes dans les régions rurales.

Une initiative similaire a été déployée en Finlande pour répondre à la pénurie médicale, mettant en avant la numérisation des services de santé, désormais un axe national majeur (Larsen et al., 2020). Au Canada, on retrouve des initiatives similaires. Excellence en santé Canada, en partenariat avec les prestataires de soins primaires de diverses communautés, présente plusieurs pratiques prometteuses faisant usage de technologies, notamment pour les soins virtuels : les soins virtuels intégrés en Ontario, le programme de soutien virtuel en temps réel en Colombie-Britannique, la clinique régionale de soins virtuels à Terre-Neuve-et-Labrador et la clinique de soins primaires et communautaires virtuels en Colombie-Britannique. Toutes ces initiatives ont pour but de permettre à des populations vivant dans des zones rurales, éloignées et mal desservies d'avoir accès à des soins de première ligne adéquats. Compte tenu de la répartition géographique étendue de la population en Montérégie, avec une proportion significative résidant dans des zones éloignées, l'adoption de telles pratiques pourrait être bénéfique.

Au Québec, le CMQ recommande aussi l'utilisation de consultations virtuelles en veillant à garantir la qualité des soins offerts au patient (CMQ, 2022). Il souligne une préoccupation importante liée à l'émergence de plateformes de soins virtuels privées déconnectées du reste du réseau, entraînant une rupture de la continuité des soins assurés par le médecin traitant. Le CMQ insiste sur la nécessité de garantir la qualité des soins délivrés sur ces plateformes et d'assurer une communication efficace avec le médecin traitant pour maintenir la cohérence des soins offerts.

8.5 Conclusion

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a élaboré un guide exposant sa vision des soins primaires à travers le Centre de médecine familiale (CMF). Ce guide détaille les dix piliers essentiels à la prestation de soins de qualité au sein d'un CMF (CMFC, 2019). Parmi ces piliers, les éléments suivants sont mis de l'avant :

Soins accessibles : assurer un accès approprié aux soins 24 h par jour, sept jours sur sept et en temps opportun avec son médecin de famille ou un autre médecin, une infirmière ou un autre professionnel qualifié et membre de l'équipe s'il n'est pas disponible.

Soins globaux et complets en équipe : proposer une gamme étendue de services prodigués par une équipe interprofessionnelle sous le leadership d'un médecin de famille. Une large gamme de services est offerte par une équipe interprofessionnelle au sein de laquelle une communication efficace permet la bonne prise en charge des patients, qu'ils soient ou non dans les mêmes locaux (par exemple lorsque les membres de l'équipe travaillent dans des réseaux virtuels).

Continuité des soins : établir une relation à long terme entre les patients et les membres de l'équipe, quel que soit leur milieu (cabinet de médecine de famille, hôpital, CHSLD, etc.) et dans le lieu de résidence du patient. « Un CMF sert de point central pour la coordination et la continuité des soins liés à tous les services médicaux que ses patients reçoivent dans la communauté médicale. »

Ces piliers résonnent avec les éléments exposés dans cette analyse, soulignant notamment le caractère indissociable de l'accessibilité et de la continuité des soins. Cela est illustré par des initiatives telles que le modèle de soins anticipés, l'initiative du Foundry Health Centre ou encore le modèle d'accompagnement et de soutien pour l'amélioration de la

qualité de l'accès adapté, qui pourraient permettre à la Montérégie de progressivement tendre vers un équilibre entre l'accessibilité et la continuité des soins. Le travail en équipe interprofessionnelle, impliquant une mise en pratique effective des élargissements de rôle des infirmières et des ordonnances collectives en Montérégie, constitue un autre volet essentiel. Ainsi, la mise en application concrète de ce guide et des bonnes pratiques qui y sont préconisées dans les lieux de pratique de médecine familiale en Montérégie, fondée sur un modèle de travail d'équipe plutôt que strictement sur les médecins de famille, représenterait une réponse forte aux défis liés au manque d'effectifs médicaux et aux besoins croissants de prise en charge des usagers.

Conclusion

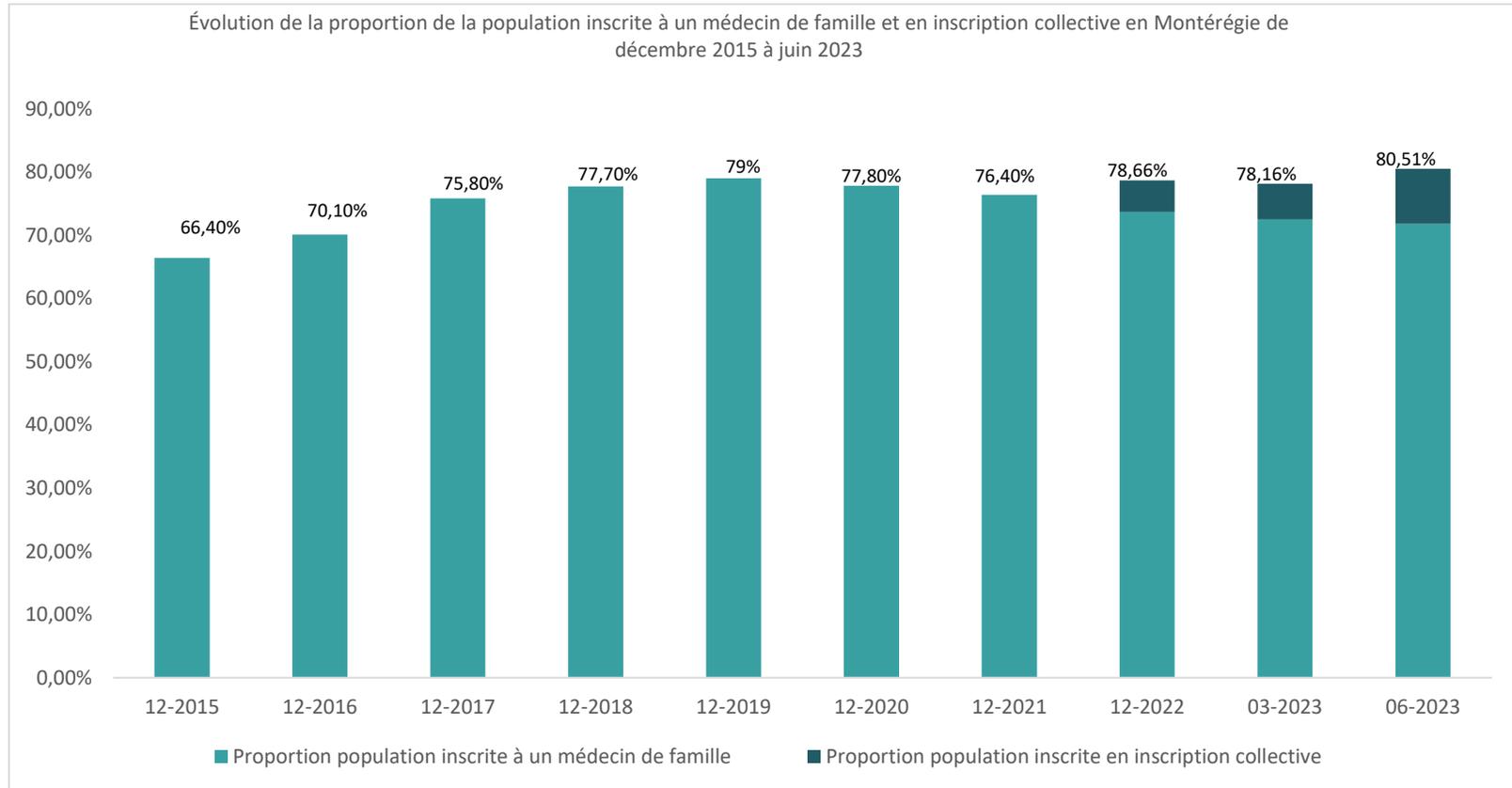
Le plan régional d'organisation des services généraux présenté dans ce document offre une vue d'ensemble complète de la santé de la population montérégienne, de l'état actuel de l'offre de services dans les trois CISSS de la Montérégie ainsi que des effectifs médicaux présents sur le territoire.

L'analyse de ces données combinées aux consultations auprès d'acteurs clés de la région a permis de mettre en lumière les priorités et les défis essentiels sur lesquels il est impératif de s'attarder pour mieux répondre aux besoins de la population montérégienne. En particulier, ce plan souligne la nécessité d'améliorer la prise en charge des usagers et l'importance d'assurer des effectifs médicaux adéquats.

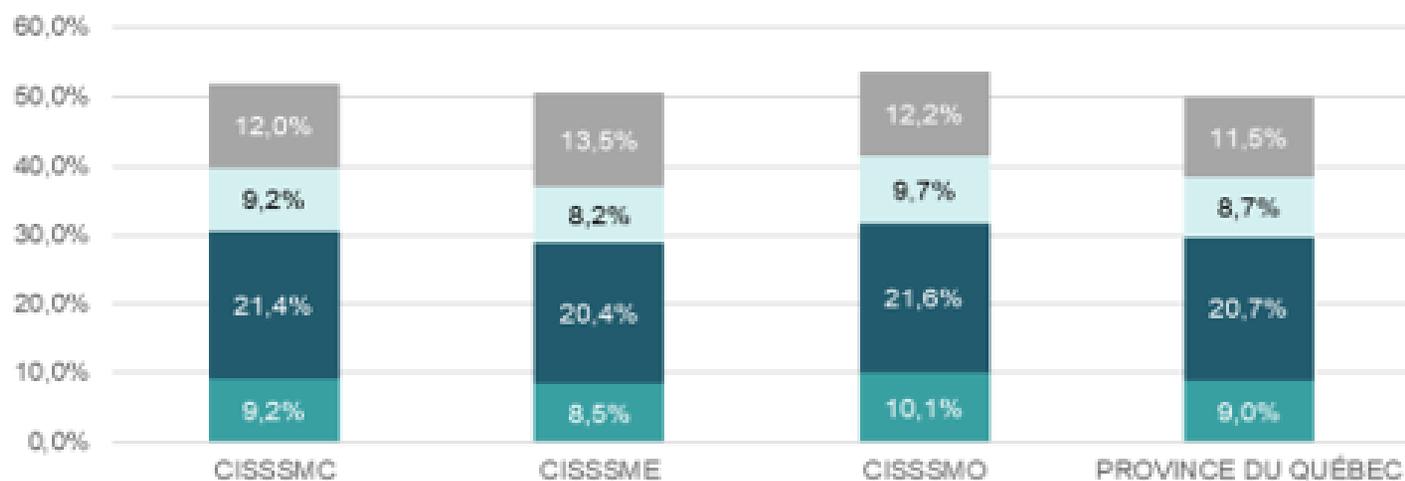
Étant donné le contexte particulier de la région administrative de la Montérégie, de trois CISSS dans une région, il est essentiel que les dirigeants de ces trois CISSS apportent leurs considérations dans la mise en œuvre d'un plan d'action concerté localement, mais convenu avec le DRMG.

Finalement, ce plan régional vise à s'assurer que la Montérégie continue d'offrir des services de santé de qualité à sa population en constante évolution, tout en relevant les défis associés à cette mission cruciale.

Annexe 1 – Figures additionnelles



Taux de prévalence de certaines maladies chroniques en Montérégie 2021-2022



- Taux de prévalence de l'asthme, population d'un an et plus
- Taux de prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), population de 35 ans et plus
- Taux de prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus
- Taux de prévalence du diabète, population de 20 ans et plus

Annexe 2 – Plans d'action 2018-2022 Montérégie-Est et Montérégie-Ouest

Plan d'action Montérégie-Est 2018-2022

Objectifs	État de situation actuel	Commentaires
1. Augmenter le nombre de médecins de famille en place par territoire de RLS selon les besoins populationnels.	En continu	<ul style="list-style-type: none"> 2018 n = 439 2022 n = 471 <p>Augmentation de 32 médecins sur le territoire</p>
2. Augmenter le nombre de GMF, GMF-R et GMF-U.	En continu	<ul style="list-style-type: none"> DME déployés CLSC 99 % des postes professionnels comblés en établissement œuvrant en GMF 2018 GMF-R n = 1 2022 GMF-R n = 1
3. Augmenter l'inscription auprès d'un médecin de famille.	En continu	<ul style="list-style-type: none"> 2018 : cible 78 % 2022 : cible 85 %, seuil atteint 72 %
4. Favoriser l'accès aux médecins de famille en GMF plutôt qu'à l'urgence, lorsque la condition le permet.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> P4-P5 : travaux en cours pour optimiser la trajectoire et tableau de bord de suivi Collaboration à développer avec DSI pour ordonnances collectives
5. Améliorer l'offre de service des professionnels en GMF.	Atteint	
6. Améliorer l'accès aux plateaux techniques et aux services spécialisés pour les patients en provenance de la 1 ^{re} ligne, en évitant de passer par l'urgence.	Atteint	
7. Favoriser l'accès aux services spécialisés.	Atteint	
8. Poursuivre le déploiement des trajectoires de soins et services de 1 ^{re} ligne.	Partiellement atteint	<ul style="list-style-type: none"> Continuum AVC : comités réactivés

9. Optimiser les mécanismes de communication et de transfert de l'information du suivi des patients à tous les niveaux.	Atteint	
10. Optimiser les communications entre les établissements et la 1 ^{re} ligne médicale.	Atteint	
11. S'assurer d'une juste participation des médecins spécialistes à l'hospitalisation de leurs patients.	En cours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à jour des règlements prévue en 2023
12. Mettre en place un comité de pilotage inter-RLS qui fera un suivi du plan d'action annuellement.	Atteint	

Plan d'action Montérégie-Ouest 2018-2022

Objectifs	État de situation actuel	Commentaires
1. Augmenter le nombre de médecins de famille en place par territoire de RLS selon les besoins populationnels.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portrait des déserts médicaux réalisé ▪ Activités d'attraction et de rétention réalisées ▪ Portrait des secteurs en déficits réalisé ▪ Relance et visite de nouveaux milieux de stages avec l'Université McGill réalisé
2. Augmenter le nombre de GMF, GMF-R et GMF-U	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transition des équipes médicales en CLSC vers le modèle GMF = Cible à 1 CLSC atteinte, 3/5 CLSC non-GMF
3. Augmenter l'inscription auprès d'un médecin de famille.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux d'inscription : cible 85 %, réalisé 78 % (mais ajout des inscriptions de groupe)
4. Favoriser l'accès aux médecins de famille en GMF plutôt qu'à l'urgence, lorsque la condition le permet.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réorientation des P5 et pathologies ciblées de l'urgence vers GMF, GMF-R, GMF-U 100 % réalisée ▪ Antibio IV en CLSC depuis le GMF, attelle plâtrée dans 3 GMF-AR disponibles
5. Améliorer l'offre de service des professionnels en GMF.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordonnances collectives utilisées par 100 % des GMF ▪ Optimisation des rôles de l'infirmière et professionnels : 100 % (guide d'intégration, description de fonctions à jour + en continu) <p>100 % des postes comblés recrutement professionnel en GMF</p>
6. Améliorer l'accès aux plateaux techniques et aux services spécialisés pour les patients en provenance de la 1 ^{re} ligne, en évitant de passer par l'urgence.	Atteint	<p>100 % recensement des besoins des médecins de 1^{re} ligne</p> <p>100 % des trajectoires choisies selon les besoins (+ en continu)</p>
7. Favoriser l'accès aux services spécialisés.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil numérique ajouté en 2021
8. Poursuivre le déploiement des trajectoires de soins et services de 1 ^{re} ligne.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuum AVC complété ▪ COMPAS : plan d'action fait, mais non déployé. Reprise des travaux en 2022 ▪ Trajectoire Alzheimer déployée dans les 18 GMF

		<ul style="list-style-type: none"> Grands utilisateurs de l'urgence : projet FORCES pour santé mentale <p>Autres : implantation de l'accueil clinique dans les 2 hôpitaux</p>
9. Optimiser les mécanismes de communication et de transfert de l'information du suivi des patients à tous les niveaux.	Partiellement atteint	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des processus de transfert d'information entre la 1^{re} ligne et les établissements : 100 % réalisée Processus de communication à mettre en place/à améliorer : en cours
10. Optimiser les communications entre les établissements et la 1 ^{re} ligne médicale.	Atteint	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion régulière de l'infolettre Présence aux tables locales des gestionnaires de 1^{re} ligne Déploiement intranet réalisé
11. S'assurer d'une juste participation des médecins spécialistes à l'hospitalisation de leurs patients.	Partiellement atteint	<ul style="list-style-type: none"> Environ 35 % de jours d'hospitalisation par spécialiste Validation en cours afin d'établir un plafond de lits sous les soins des médecins de famille Cogestion en place à l'Hôpital du Suroît et en implantation à l'Hôpital Anna-Laberge. Augmentation du nombre d'accouchements effectués par des médecins de famille pour tendre vers l'objectif ministériel à 5 % de plus par rapport à l'année précédente (toujours en augmentation)
12. Mettre en place un comité de pilotage inter-RLS qui fera un suivi du plan d'action annuellement.	Partiellement atteint	<ul style="list-style-type: none"> Identification des membres du comité de pilotage du CISSS en cours Mesure annuelle des cibles et rétroaction en cours Équipe soutien 1^{re} ligne : complété Évaluation du fonctionnement DRMG-CISSS en cours

Annexe 3 – Liste des installations et cliniques privées sur le territoire de la Montérégie avec médecins de famille

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-1	Champlain	Centre de réadaptation en dépendance Le Virage (Saint-Hubert)	Centre réadaptation	Saint-Hubert	J3Y 3N7
16-1	Champlain	Centre Saint-Lambert	Centre réadaptation	Saint-Lambert	J4R 1S1
16-1	Champlain	CHSLD Argyle - Écluses Saint-Lambert	CHSLD, RPA, RI	Saint-Lambert	J4P 3P5
16-1	Champlain	CHSLD Champlain	CHSLD, RPA, RI	Brossard	J4Y 2K3
16-1	Champlain	CHSLD Docteur-Chevrier	CHSLD, RPA, RI	Saint-Lambert	J4P 0A4
16-1	Champlain	CHSLD Henriette-Céré	CHSLD, RPA, RI	Saint-Hubert	J3Y 3R6
16-1	Champlain	CHSLD Marcelle-Ferron	CHSLD, RPA, RI	Brossard	J4X 1A1
16-1	Champlain	CHSLD Marguerite-Rocheleau	CHSLD, RPA, RI	Saint-Hubert	J3Z 0G6
16-1	Champlain	CHSLD Saint-Lambert sur-le-Golf	CHSLD, RPA, RI	Saint-Lambert	J4P 3G2

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-1	Champlain	CHSLD Vigi Brossard	CHSLD, RPA, RI	Brossard	J4Z 3S3
16-1	Champlain	CHSLD Vigi Montérégie	CHSLD, RPA, RI	Saint-Hubert	J4T 2B4
16-1	Champlain	Résidence Chartwell	CHSLD, RPA, RI	Greenfield Park	J4V 2H2
16-1	Champlain	Clinique Azur Saint-Lambert	GMF	Saint-Lambert	J4P 1W7
16-1	Champlain	GMF Centre médical Saint-Hubert	GMF	Saint-Hubert	J3Y 3K7
16-1	Champlain	GMF Clinique médicale en Route Saint-Hubert	GMF	Saint-Hubert	J3Y 5M4
16-1	Champlain	GMF Lapinière (Clinique Lapinière)	GMF	Brossard	J4Z 2K9
16-1	Champlain	GMF Samuel-de-Champlain (CLSC Samuel-de-Champlain)	GMF	Brossard	J4Z 1A5
16-1	Champlain	GMF Dix30 (Clinique de médecine familiale Dix30)	GMF	Brossard	J4Y 0E2
16-1	Champlain	GMF La Cigogne	GMF	Greenfield Park	J4V 2H2
16-1	Champlain	GMF UMF Charles-Le Moyne	GMF	Saint-Lambert	J4R 2L1

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-1	Champlain	GMF UMF Saint-Hubert	GMF	Saint-Hubert	J3Y 8Z4
16-1	Champlain	GMF-R AZUR/GMF AZUR	GMF	Greenfield Park	J4V 2G9
16-1	Champlain	Bureau de la Dre Johanne A. Béliveau	Hors-GMF	Greenfield Park	J4V 2G8
16-1	Champlain	Centre médical Alexandre	Hors-GMF	Brossard	J4Y 0N5
16-1	Champlain	Centre médical Chambly Latour	Hors-GMF	Saint-Hubert	J3Y 3P5
16-1	Champlain	Centre médical Grande-Allée	Hors-GMF	Brossard	J4Z 3G3
16-1	Champlain	Centre médical Mira	Hors-GMF	Brossard	J4W 3A1
16-1	Champlain	Clinique familiale Pasteur	Hors-GMF	Brossard	J4Z 3G9
16-1	Champlain	Clinique médicale Saint-Hubert	Hors-GMF	Saint-Hubert	J3Y 3K7
16-1	Champlain	Clinique médicale Victoria	Hors-GMF	Saint-Lambert	J4P 2J2
16-1	Champlain	Clinique médicale Alta	Hors-GMF	Saint-Hubert	J4T 2V2

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-1	Champlain	Clinique médicale Carré Saint-Lambert	Hors-GMF	Saint-Lambert	J4R 2L1
16-1	Champlain	Clinique médicale Centrale (CMC)	Hors-GMF	Saint-Hubert	J4T 3R5
16-1	Champlain	Complexe médical Pierre-Brault	Hors-GMF	Greenfield Park	J4V 2H2
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Base militaire (Garnison Saint-Jean)	Base militaire	Saint-Jean-sur-Richelieu	J0J 1R0
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu	Centre hospitalier	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3A 1B7
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Centre d'hébergement Sainte-Croix	CHSLD, RPA, RI	Marieville	J3M 1L7
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	CHSLD Champagnat	CHSLD, RPA, RI	Saint-Jean-sur-Richelieu	J2X 1V1
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	CHSLD Georges-Phaneuf	CHSLD, RPA, RI	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 6T4
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	CHSLD Gertrude-Lafrance	CHSLD, RPA, RI	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3A 1G2
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Hôpital gériatrique de jour	CHSLD, RPA, RI	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3A 1T6
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	CLSC de Henryville	CLSC	Henryville	J0J 1E0

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	CLSC de la Vallée-des-Forts	CLSC	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3A 1E5
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Clinique Pro-Santé Marieville	GMF	Marieville	J3M 1G2
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Centre médical Iberville (Centre médical Iberville)	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J2X 2B2
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Chambly (La Clinique Fort Chambly)	GMF	Chambly	J3L 5R4
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF du Coteau (Clinique médicale du Coteau)	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J2W 0E2
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Haut-Richelieu (CR Centre Médi-Soleil Saint-Jean-sur-Richelieu)	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 8C5
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Médicentre Saint-Jean	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 7B4
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Richelieu Saint-Césaire (Clinique médicale du Collège)	GMF	Saint-Césaire	J0L 1T0
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Richelieu Saint-Césaire (CLSC du Richelieu)	GMF	Richelieu	J3L 3V8
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Saint-Luc - Saint-Eugène (Clinique médicale Saint-Eugène)	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 7T1
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	GMF Saint-Luc - Saint-Eugène (Clinique médicale Saint-Luc)	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J2W 1C4

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	UMF de Saint-Jean	GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J2W 0J2
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Clinique Aux petits soins	Hors-GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 2K1
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Clinique de pédiatrie sociale l'Étoile	Hors-GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 2K7
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Clinique médicale Visée Santé	Hors-GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3A 1B6
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Clinique médico-esthétique Montérégie	Hors-GMF	Chambly	J3L 1X3
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	CNESST Saint-Jean-sur-Richelieu	Hors-GMF	Saint-Jean-sur-Richelieu	J3B 1W5
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Coopérative de santé Lac Champlain	Hors-GMF	Venise-en-Québec	J0J 2K0
16-1	Haut-Richelieu - Rouville	Coopérative Solidarité Santé Saint-Blaise-sur-Richelieu	Hors-GMF	Saint-Blaise-sur-Richelieu	J0J 1W0
16-2	Pierre-Boucher	Hôpital Pierre-Boucher	Centre hospitalier	Longueuil	J4M 2A5
16-2	Pierre-Boucher	Campus de Longueuil	Centre jeunesse	Longueuil	J4K 2M3
16-2	Pierre-Boucher	Centre d'hébergement du Manoir-Trinité	CHSLD, RPA, RI	Longueuil	J4M 2Y8

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Pierre-Boucher	Centre d'hébergement René-Lévesque	CHSLD, RPA, RI	Longueuil	J4G 1Y5
16-2	Pierre-Boucher	CHSLD Chevalier-De Lévis	CHSLD, RPA, RI	Longueuil	J4H 1S5
16-2	Pierre-Boucher	CHSLD Jeanne-Crevier	CHSLD, RPA, RI	Boucherville	J4B 4W7
16-2	Pierre-Boucher	Centre d'hébergement De Lajemmerais	CHSLD, RPA, RI	Varenes	J3X 1R1
16-2	Pierre-Boucher	CHSLD des Seigneurs	CHSLD, RPA, RI	Boucherville	J4B 5Z8
16-2	Pierre-Boucher	Centre d'hébergement de Monseigneur-Coderre	CHSLD, RPA, RI	Longueuil	J4M 2A4
16-2	Pierre-Boucher	Centre d'hébergement de Contrecoeur	CHSLD, RPA, RI	Contrecoeur	J0L 1C0
16-2	Pierre-Boucher	Résidence Les Fontaines	CHSLD, RPA, RI	Longueuil	J4L 0A3
16-2	Pierre-Boucher	CLSC de Longueuil-Ouest	CLSC	Longueuil	J4J 2G4
16-2	Pierre-Boucher	CLSC des Seigneuries de Boucherville 2 – CLSC SAD DS (installation pour une période de 2 à 5 ans)	CLSC	Boucherville	J4B 5Z5
16-2	Pierre-Boucher	CLSC des Seigneuries de Varenes	CLSC	Varenes	J3X 1E3

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Pierre-Boucher	CLSC Simonne-Monet-Chartrand	CLSC	Longueuil	J4M 2Y8
16-2	Pierre-Boucher	GMF 3090 (Clinique médicale chemin Chambly)	GMF	Longueuil	J4L 4N5
16-2	Pierre-Boucher	GMF clinique médicale Sainte-Julie	GMF	Sainte-Julie	J3E 1A7
16-2	Pierre-Boucher	GMF Coopérative Solidarité - Santé de Contrecoeur	GMF	Contrecoeur	J0L 1C0
16-2	Pierre-Boucher	GMF des Îles Percées (Centre médical Boucherville)	GMF	Boucherville	J4B 1S7
16-2	Pierre-Boucher	GMF des Seigneuries (Varenes)	GMF	Varenes	J3X 1E3
16-2	Pierre-Boucher	GMF du Petit Bois (Clinique médicale René-Gaultier)	GMF	Varenes	J3X 1P7
16-2	Pierre-Boucher	GMF L'Autre maison (Centre de périnatalité L'Autre maison)	GMF	Longueuil	J4H 1B8
16-2	Pierre-Boucher	GMF Marguerite d'Youville (Clinique familiale des Hauts-Bois)	GMF	Sainte-Julie	J3E 3J9
16-2	Pierre-Boucher	GMF-R Clinique médicale Pierre-Boucher	GMF	Longueuil	J4M 2X1
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dr Jean-Pierre Guoin	Hors-GMF	Longueuil	J3K 1E2

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dr Claude Gauthier	Hors-GMF	Contrecoeur	J0L 1C0
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dr François Dessureault	Hors-GMF	Boucherville	J4B 1Y5
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dr Jean-Marc Noiseux	Hors-GMF	Longueuil	J4J 3Z3
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dr Yvon Prévost	Hors-GMF	Longueuil	J4K 1E2
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dre Ginette Ménard	Hors-GMF	Longueuil	J4K 1E2
16-2	Pierre-Boucher	Bureau de Dre Hélène Chouinard	Hors-GMF	Longueuil	J4K 3R2
16-2	Pierre-Boucher	Centre de pédiatrie sociale en communauté de Longueuil	Hors-GMF	Longueuil	J4L 4X1
16-2	Pierre-Boucher	Centre médical Longueuil	Hors-GMF	Longueuil	J4M 2A5
16-2	Pierre-Boucher	Centre médical Sainte-Hélène	Hors-GMF	Longueuil	J4K 3S6
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale 2200 (Berger)	Hors-GMF	Longueuil	J4J 3Z3
16-2	Pierre-Boucher	Clinique CMS-CMI Contrecoeur	Hors-GMF	Contrecoeur	J0L 1C0

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale Adoncour	Hors-GMF	Longueuil	J4G 2M6
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale de la Marine	Hors-GMF	Varenes	J3X 2G6
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale Verchères	Hors-GMF	Verchères	J0L 2R0
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale populaire de Longueuil	Hors-GMF	Longueuil	J4K 3S6
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale urgence CAMU Longueuil	Hors-GMF	Longueuil	J4K 1E2
16-2	Pierre-Boucher	Clinique Le médical	Hors-GMF	Longueuil	J4G 1A5
16-2	Pierre-Boucher	Clinique médicale 1746	Hors-GMF	Longueuil	J4J 3X5
16-2	Pierre-Boucher	CLSC des Seigneuries de Saint-Amable	Hors-GMF	Sainte-Julie	J3E 1Y2
16-2	Pierre-Boucher	CMS-CMI Montérégie	Hors-GMF	Longueuil	J4N 1R4
16-2	Pierre-Boucher	Vasectomie Dr Pierre Jr. Boucher	Hors-GMF	Longueuil	J4N 1C2
16-2	Pierre-Boucher	Maison Source Bleue	Maison soins palliatifs	Boucherville	J4B 8W6

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Pierre-De Saurel	Établissement de détention de Sorel-Tracy	Centre détention	Sorel-Tracy	J3P 0S3
16-2	Pierre-De Saurel	Hôtel-Dieu de Sorel	Centre hospitalier	Sorel-Tracy	J3P 1N5
16-2	Pierre-De Saurel	Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance	CHSLD, RPA, RI	Sorel-Tracy	J3P 1C8
16-2	Pierre-De Saurel	Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau	CHSLD, RPA, RI	Sorel-Tracy	J3P 3Y7
16-2	Pierre-De Saurel	Centre d'hébergement de Tracy	CHSLD, RPA, RI	Sorel-Tracy	J3R 4G8
16-2	Pierre-De Saurel	Résidence Sorel-Tracy (privée conventionnée)	CHSLD, RPA, RI	Sorel-Tracy	J3R 4G8
16-2	Pierre-De Saurel	CLSC Gaston-Bélanger	CLSC	Sorel-Tracy	J3P 3C8
16-2	Pierre-De Saurel	GMF Clinique médicale Marie-Victorin	GMF	Sorel-Tracy	J3R 1K8
16-2	Pierre-De Saurel	GMF Richelieu (Clinique de médecine familiale)	GMF	Sorel-Tracy	J3P 3G6
16-2	Pierre-De Saurel	GMF Richelieu (Clinique médicale du Richelieu)	GMF	Sorel-Tracy	J3R 1K7
16-2	Pierre-De Saurel	Bureau de Dre Danielle Boulay	Hors-GMF	Sorel-Tracy	J3P 3G6

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Pierre-De Saurel	Clinique des professionnels de la santé de Sorel-Tracy (Clinique A)	Hors-GMF	Sorel-Tracy	J3P 1N4
16-2	Pierre-De Saurel	Clinique des professionnels de la santé de Sorel-Tracy (Clinique B)	Hors-GMF	Sorel-Tracy	J3P 1N4
16-2	Pierre-De Saurel	Clinique des professionnels de la santé de Sorel-Tracy (Clinique C)	Hors-GMF	Sorel-Tracy	J3P 1N4
16-2	Richelieu-Yamaska	Hôpital Honoré-Mercier	Centre hospitalier	Saint-Hyacinthe	J2S 4Y8
16-2	Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe	CHSLD, RPA, RI	Saint-Hyacinthe	J2S 2T2
16-2	Richelieu-Yamaska	CLSC des Maskoutains	CLSC	Saint-Hyacinthe	J2S 8T2
16-2	Richelieu-Yamaska	CLSC des Maskoutains (CNESST)	CLSC	Saint-Hyacinthe	J2S 8B6
16-2	Richelieu-Yamaska	CLSC des Patriotes (Beloeil)	CLSC	Beloeil	J3G 0B8
16-2	Richelieu-Yamaska	CLSC des Patriotes (Saint-Bruno-de-Montarville)	CLSC	Saint-Bruno	J3V 2A5
16-2	Richelieu-Yamaska	Centre médical Saint-Basile	GMF	Saint-Basile-le-Grand	J3N 1V6
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Carrefour de la Vallée (Carrefour médical Vallée-du-Richelieu)	GMF	Beloeil	J3G 4J1

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Coopérative de solidarité de santé de la MRC d'Acton	GMF	Acton Vale	J0H 1A0
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF de la Montagne (Clinique de Dre Sophie Lavallée)	GMF	Mont-Saint-Hilaire	J3H 3B4
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF de la Montagne (Clinique Dre Massé, M.D.)	GMF	Beloeil	J3G 4T2
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF de la Montagne (Clinique médicale Charbonneau)	GMF	Beloeil	J3G 4T2
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF de la Rive (Clinique médicale de la Rive)	GMF	Otterburn Park	J3H 1L4
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF des Patriotes (Horizon Clinique familiale)	GMF	Saint-Denis-sur-Richelieu	J0H 1K0
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF des Patriotes (Pure Clinique médicale)	GMF	Mont-Saint-Hilaire	J3H 3N3
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Fusion-UMF (Centre médical Fusion)	GMF	Saint-Hyacinthe	J2S 5H3
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Fusion-UMF (GMF-U Richelieu-Yamaska)	GMF	Saint-Hyacinthe	J2S 8T2
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Laframboise (Clinique familiale de Saint-Hyacinthe)	GMF	Saint-Hyacinthe	J2S 4Z3
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Le Sentier (Clinique médicale Le Sentier)	GMF	Saint-Bruno	J3V 1Y8

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Maska (Clinique de Saint-Hyacinthe)	GMF	Saint-Hyacinthe	J2S 0L6
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF Maska (Clinique médicale Saint-Damase)	GMF	Saint-Damase	J0H 1J0
16-2	Richelieu-Yamaska	GMF de Saint-Mathieu de Belœil (Clinique médicale ELNA)	GMF	Saint-Mathieu-de-Beloeil	J3G 0R2
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Marcel Denicourt	Hors-GMF	Otterburn Park	J3H 2M7
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Jacques Bender	Hors-GMF	Sainte-Madeleine	J0H 1S0
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Jean-Luc Ouradou	Hors-GMF	Upton	J0H 2E0
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Denis Couture	Hors-GMF	Otterburn Park	J3H 5R1
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Guillaume Lemay	Hors-GMF	Otterburn Park	J3H 4A7
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Louis Saint-Julien	Hors-GMF	Saint-Hyacinthe	J2S 5J4
16-2	Richelieu-Yamaska	Bureau de Dr Patrice Trottier	Hors-GMF	Mont-Saint-Hilaire	J3H 3P2
16-2	Richelieu-Yamaska	Cabinet médical Au cœur des vergers	Hors-GMF	Otterburn Park	J3H 2M7

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-2	Richelieu-Yamaska	Clinique médicale de la Gare	Hors-GMF	Saint-Basile-le-Grand	J3N 1T8
16-2	Richelieu-Yamaska	Médecus	Hors-GMF	Saint-Hyacinthe	J2S 4Z4
16-2	Richelieu-Yamaska	Servirplus	Hors-GMF	Beloeil	J3G 4R2
16-2	Richelieu-Yamaska	La Maison Victor Gadbois	Maison soins palliatifs	Saint-Mathieu-de-Beloeil	J3G 0R8
16-3	Haut-Saint-Laurent	Hôpital Barrie Memorial	Centre hospitalier	Ormstown	J0S 1K0
16-3	Haut-Saint-Laurent	GMF Centre médical d'Ormstown	GMF	Ormstown	J0S 1K0
16-3	Haut-Saint-Laurent	GMF du Haut-Saint-Laurent (Saint-Chrysostome)	GMF	Saint-Chrysostome	J0S 1R0
16-3	Haut-Saint-Laurent	GMF du Haut-Saint-Laurent (Centre médical Huntingdon)	GMF	Huntingdon	J0S 1H0
16-3	Haut-Saint-Laurent	Akwesasne Medical Clinic	Hors-GMF	Akwesasne	H0M 1A0
16-3	Jardins-Roussillon	Centre hospitalier Kateri Memorial	Centre hospitalier	Kahnawake	J0L 1B0
16-3	Jardins-Roussillon	Hôpital Anna-Laberge	Centre hospitalier	Châteauguay	J6K 4W8

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-3	Jardins-Roussillon	CLSC de Châteauguay	CLSC	Châteauguay	J6K 0E8
16-3	Jardins-Roussillon	CLSC Kateri	CLSC	Candiac	J5R 1C1
16-3	Jardins-Roussillon	Clinique médicale Le Soleil	GMF	Châteauguay	J6K 4Y7
16-3	Jardins-Roussillon	Clinique médicale Monchamp	GMF	Saint-Constant	J5A 2J5
16-3	Jardins-Roussillon	GMF Carrefour santé Le Saint-Laurent	GMF	Sainte-Catherine	J5C 1A8
16-3	Jardins-Roussillon	GMF Clinique médicale Mercier	GMF	Mercier	J6R 2B1
16-3	Jardins-Roussillon	GMF Clinique médicale Saint-Constant	GMF	Saint-Constant	J5A 0M3
16-3	Jardins-Roussillon	GMF Jardin-du-Québec - Point de service Napierville	GMF	Saint-Cyprien-de-Napierville	J0J 1L0
16-3	Jardins-Roussillon	GMF Jardin-du-Québec - Point de service Saint-Rémi	GMF	Saint-Rémi	J0L 2L0
16-3	Jardins-Roussillon	GMF Roger Laberge (Clinique médicale Châteauguay)	GMF	Châteauguay	J6K 1C6
16-3	Jardins-Roussillon	GMF-R Clinique médicale Le Trait-d'Union	GMF	Delson	J5B 1A9

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-3	Jardins-Roussillon	GMF-U Jardins-Roussillon (Centre de santé Desjardins)	GMF	Châteauguay	J6K 0H5
16-3	Jardins-Roussillon	Bureau de Dr Huy Pham	Hors-GMF	Saint-Cyprien-de-Napierville	J0J 1L0
16-3	Jardins-Roussillon	Centre médical Font	Hors-GMF	La Prairie	J5R 5H7
16-3	Jardins-Roussillon	Centre médical Talin	Hors-GMF	Candiac	J5R 6E6
16-3	Jardins-Roussillon	Clinique médicale Napierville	Hors-GMF	Saint-Cyprien-de-Napierville	J0J 1L0
16-3	Jardins-Roussillon	Clinique Médicale Place la Prairie	Hors-GMF	La Prairie	J5R 5H6
16-3	Jardins-Roussillon	Clinique médicale Saint-Pierre	Hors-GMF	Saint-Constant	J5A 1G8
16-3	Jardins-Roussillon	Coopérative de solidarité santé La Prairie	Hors-GMF	La Prairie	J5R 2L2
16-3	Jardins-Roussillon	Coopérative solidarité santé Saint-Isidore	Hors-GMF	Saint-Isidore-de-Laprairie	J0L 2A0
16-3	Jardins-Roussillon	Médocentre Saint-Rémi enr.	Hors-GMF	Saint-Rémi	J0L 2L0
16-3	Suroît	Hôpital du Suroît	Centre hospitalier	Salaberry-de-Valleyfield	J6T 6C1

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-3	Suroît	UTRF Les Cotonniers	Centre réadaptation	Salaberry-de-Valleyfield	J6S 6V9
16-3	Suroît	Centre d'hébergement Cécile Godin	CHSLD, RPA, RI	Beauharnois	J6N 3G7
16-3	Suroît	CHSLD Docteur-Aimé-Leduc	CHSLD, RPA, RI	Salaberry-de-Valleyfield	J6T 1P5
16-3	Suroît	CHSLD La Maison des aînés de Saint-Timothée	CHSLD, RPA, RI	Salaberry-de-Valleyfield	J6S 6M8
16-3	Suroît	CLSC de Beauharnois	CLSC	Beauharnois	J6N 1V9
16-3	Suroît	CLSC de Salaberry-de-Valleyfield	CLSC	Salaberry-de-Valleyfield	J6S 3V4
16-3	Suroît	GMF du Lac Saint-François (Clinique médicale Hâvre-Santé)	GMF	Salaberry-de-Valleyfield	J6S 4Z5
16-3	Suroît	GMF Salaberry (Clinique médicale Médi-Val)	GMF	Salaberry-de-Valleyfield	J6T 4G1
16-3	Suroît	GMF Suroit (Clinique médicale des bâtisseurs)	GMF	Salaberry-de-Valleyfield	J6T 4C1
16-3	Suroît	Coop de solidarité Beauharnois en santé	Hors-GMF	Beauharnois	J6N 0M6
16-3	Vaudreuil-Soulanges	Centre d'hébergement de Vaudreuil	CHSLD, RPA, RI	Vaudreuil-Dorion	J7V 7M9

CISSS	RLS	Installation (lieu)	Point de service	Ville	Code postal
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF Clinique Médicentre Hudson	GMF	Hudson	J0P 1H0
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF de Vaudreuil-Soulanges (CLSC de Saint-Polycarpe)	GMF	Saint-Polycarpe	J0P 1X0
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF de Vaudreuil-Soulanges (CLSC et Centre de services ambulatoires de Vaudreuil-Dorion)	GMF	Vaudreuil-Dorion	J7V 9R2
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF des Trois Lacs (Vaudreuil-Dorion)	GMF	Vaudreuil-Dorion	J7V 8C1
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF du Lac Saint-François (Clinique médicale Saint-Zotique)	GMF	Saint-Zotique	J0P 1Z0
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF Pincourt (Centre de Santé Médicentre Pincourt)	GMF	Pincourt	J7V 5K7
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF Rigaud	GMF	Rigaud	J0P 1P0
16-3	Vaudreuil-Soulanges	GMF Vaudreuil-Dorion	GMF	Vaudreuil-Dorion	J7V 6A3
16-3	Vaudreuil-Soulanges	Centre médical de L'Île-Perrot	Hors-GMF	L'Île-Perrot	J7V 6N5
16-3	Vaudreuil-Soulanges	Clinique médicale Saint-Lazare	Hors-GMF	Saint-Lazare	J7T 2X7
16-3	Vaudreuil-Soulanges	Clinique Santé Ste-Angélique	Hors-GMF	Saint-Lazare	J7T 2X7

Annexe 4 – Portrait par RLS

RLS de Champlain

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 227469 habitants en 2021, RLS avec la densité la plus élevée de la Montérégie avec près de 1217 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 10,83 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 22,38 % en 2026
- Taux d'assistance sociale - 3,3 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 10,9 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 24,8 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 9,8 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 11,5 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 9,8 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 142863
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 39801
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 10590
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 32620

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 7 GMF, 2 GMF-U, 1 GMF-R et 12 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ◆ 204 médecins de famille installés en 2022
 - ◆ 200 médecins membres en GMF en 2022
 - ◆ Taux d'assiduité GMF de 92,4 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Adaptation de l'offre de services à la population grandissante
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (RLS de Champlain avec une population orpheline enregistrée au GAMF parmi les plus élevées) et développement de stratégies pour joindre la population non enregistrée au GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 197930 habitants en 2021, avec une densité près de 148 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 10,06 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 21,58 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 3,4 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 9,8 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 24,3 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 11,1 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 12,5 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 11,7 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 147493
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 15099
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 16255
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 18064

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 10 GMF, 1 GMF-U et 7 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ◆ 178 médecins de famille installés en 2022
 - ◆ 125 médecins membres en GMF en 2022
 - ◆ Taux d'assiduité GMF de 90,9 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population hors GAMF
- RLS du Haut-Richelieu - Rouville parmi les RLS avec une prévalence de problèmes en santé mentale les plus élevés de la région, d'où l'importance d'avoir une réflexion sur des moyens d'améliorer la prise en charge des usagers ayant des problèmes de santé mentale
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 262986 habitants en 2021, avec une densité près de 431 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 8,35 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 22,33 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 4,2 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 10,0 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 24,0 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 9,6 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 13,1 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 11,2 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 173471
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 10913
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 46176
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 27679

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 8 GMF, 1 GMF-R et 22 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ◆ 229 médecins de famille installés en 2022
 - ◆ 176 médecins membres en GMF en 2022
 - ◆ Taux d'assiduité GMF de 90,9 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- Adaptation de l'offre de services à la population grandissante
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population hors GAMF
- RLS Pierre-Boucher avec une prévalence de problèmes en santé mentale parmi les plus élevées de la région d'où l'importance d'avoir une réflexion sur des moyens d'améliorer la prise en charge des usagers ayant des problèmes de santé mentale
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 223911 habitants en 2021, avec une densité près de 91 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 6,64 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 23,75 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 3,1 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 9,4 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 23,8 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 8,4 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 12,3 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 9,9 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 165809
- Population orphelin en attente sur le GAMF avec inscription collective : 18411
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 20135
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 16876

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 14 GMF, 2 GMF-U et 11 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ◆ 184 médecins de famille installés en 2022
 - ◆ 151 médecins membres en GMF en 2022
 - ◆ Taux d'assiduité GMF de 94,0 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population hors GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 52735 habitants en 2021, avec une densité près de 83 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 5,04 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 31,45 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 8,0 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 12,5 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 29,4 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 13,5 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 21,2 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 10,6 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 37843
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 313
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 11640
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 3386

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 3 GMF et 4 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ◆ 58 médecins de famille installés en 2022
 - ◆ 14 médecins membres en GMF en 2022
 - ◆ Taux d'assiduité GMF de 89,6 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- La proportion de la population de 65 ans et plus sera la plus importante de la région montréalaise en 2026, il sera important d'adapter l'offre de services à cette population notamment pour ce qui est du SAD
- Concentration de personnes âgées de 75 ans et plus la plus élevée en Montérégie (11,9 %) dans le RLS Pierre-De Saurel, population la plus touchée par les maladies cardiovasculaires; il sera important de veiller à la bonne prise en charge de cette population
- RLS Pierre-De Saurel avec les prévalences pour les maladies chroniques (diabète, hypertension, MPOC, et asthme) parmi les plus élevées, d'où l'importance de veiller à la bonne prise en charge des usagers souffrant de ces maladies
- RLS Pierre-De Saurel avec une prévalence de problèmes en santé mentale parmi les plus élevées de la région, d'où l'importance d'avoir une réflexion sur des moyens d'améliorer la prise en charge des usagers ayant des problèmes de santé mentale
- Taux d'assistance sociale élevée mettant en avant une population vulnérable importante à laquelle il sera important d'assurer un accès adéquat aux services de première ligne.
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (RLS Pierre-De Saurel avec une population orpheline enregistrée au GAMF parmi les plus élevées) et développement de stratégies pour joindre la population non enregistrée au GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 164297 habitants en 2021, avec une densité près de 162 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 11,43 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 19,74 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 1,8 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 9,4 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 21,7 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 8,6 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 11,3 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 9,3 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 126824
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 13307
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 3439
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 20985

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 8 GMF et 3 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - 84 médecins de famille installés en 2022
 - 111 médecins membres en GMF en 2022
 - Taux d'assiduité GMF de 91,2 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- Adaptation de l'offre de services à la population grandissante
- Croissance de 50,9 % de personnes âgées de 75 ans et plus prévue entre 2021 et 2028, population la plus touchée par les maladies cardiovasculaires : il sera important de veiller à la bonne prise en charge de cette population
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population non enregistrée au GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers, notamment avec l'ouverture à venir d'un nouvel hôpital qui aura des conséquences sur la main-d'œuvre disponible. Il sera nécessaire de prendre en compte les besoins en effectifs médicaux que cela occasionnera.

Portrait de la population

Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires



- Population totale de 62755 habitants en 2021, avec une densité près de 156 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 12,92 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 26,05 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 7,4 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 13,4 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 28,0 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 14,9 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 12,8 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 11,8 %

Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023



- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 50817
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 6893
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 588
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 5551

Offre et organisation des services généraux



- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 3 GMF et 1 installation hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ♦ 70 médecins de famille installés en 2022
 - ♦ 33 médecins membres en GMF en 2022
 - ♦ Taux d'assiduité GMF de 91,6 % en 2022

Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs



- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- Adaptation de l'offre de services à la population grandissante
- Taux d'assistance sociale élevée mettant en avant une population vulnérable importante à laquelle il sera important d'assurer un accès adéquat aux services de première ligne.
- RLS du Suroît avec les prévalences pour les maladies chroniques (diabète, hypertension, MPOC) parmi les plus élevées, d'où l'importance de veiller à la bonne prise en charge des usagers souffrant de ces maladies
- RLS du Suroît avec une prévalence de problèmes en santé mentale parmi les plus élevées de la région, d'où l'importance d'avoir une réflexion sur des moyens d'améliorer la prise en charge des usagers ayant des problèmes de santé mentale
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population non enregistrée au GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population



Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires

- Population totale de 25260 habitants en 2021, avec une densité près de 20 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 9,55 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 25,55 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 6,6 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 12,1 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 25,9 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 13,1 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 10,5 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 9,7 %



Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023

- Population inscrite à un médecin de famille : 19748
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 1897
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 208
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 3698



Offre et organisation des services généraux

- Installations dans le RLS : 1 centre hospitalier, 3 GMF et 1 installation hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ♦ 22 médecins de famille installés en 2022
 - ♦ 22 médecins membres en GMF en 2022
 - ♦ Taux d'assiduité GMF de 88,8 % en 2022



Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs

- Enjeu d'accès aux services de première ligne à proximité des résidences des usagers pour une population répartie sur un grand territoire
- Adaptation de l'offre de services à la population grandissante
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population non enregistrée au GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Portrait de la population



Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires

- Population totale de 236227 habitants en 2021, avec une densité près de 166 hab./km²
- Croissance démographique significative prévue entre 2021 et 2031 d'environ 12,15 %
- Proportion de la population de 65 ans relativement importante qui sera de 18,86 % en 2026
- Taux d'assistance sociale – 2,5 % en 2022
- Faits saillants : prévalence maladies chroniques et santé mentale



- Prévalence du diabète, population de 20 ans et plus : 11,1 %
- Prévalence de l'hypertension artérielle, population de 20 ans et plus : 23,3 %
- Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique, population de 35 ans et plus : 10,1 %
- Prévalence de l'asthme, population d'un an et plus : 12,6 %
- Prévalence des troubles mentaux, population d'un an et plus : 9,7 %



Inscription auprès d'un médecin de famille et GAMF en juillet 2023

- Population inscrite auprès d'un médecin de famille : 170798
- Population orpheline en attente sur le GAMF avec inscription collective : 18834
- Population orpheline en attente sur le GAMF sans inscription collective : 14700
- Population orpheline non enregistrée au GAMF : 28414



Offre et organisation des services généraux

- Installations dans le RLS : 2 centres hospitaliers, 8 GMF, 1 GMF-U, 1 GMF-R et 9 installations hors-GMF
- Effectifs médicaux
 - ◆ 157 médecins de famille installés en 2022
 - ◆ 115 médecins membres en GMF en 2022
 - ◆ Taux d'assiduité GMF de 91,5 % en 2022



Enjeux et besoins entourant les services généraux et objectifs

- Adaptation de l'offre de services à la population grandissante
- Augmentation de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et développement de stratégies pour joindre la population non enregistrée au GAMF
- Augmentation des effectifs médicaux pour une meilleure prise en charge des usagers

Annexe 5 – Retour sur les considérations pour le plan d'action

Le présent plan régional d'organisation des services de première ligne pour la Montérégie met en lumière certains éléments cruciaux des besoins de santé de la population sur lesquels il sera primordial de porter une attention particulière, afin d'offrir les meilleurs services de santé de première ligne possible aux usagers de la Montérégie.

- Proximité des services de santé : en raison de la vaste étendue géographique de la Montérégie, il est impératif de continuer à travailler pour garantir que les services de santé sont accessibles à proximité du lieu de résidence des usagers.
- Croissance démographique : l'importante croissance démographique prévue dans plusieurs RLS (notamment du Suroît et de Jardins-Roussillon) souligne la nécessité de préparer progressivement l'offre de services pour répondre à cette augmentation de la population. Cette croissance sera particulièrement marquée au sein de la population de 65 ans et plus, notamment dans le RLS de Pierre-De Saurel, et nécessitera une réorganisation sur le plan de la distribution des services médicaux de première ligne afin de s'adapter aux besoins de la population vieillissante.
- Accessibilité des services : il est essentiel de repenser la prise en charge médicale pour garantir l'accessibilité. Le concept global de prise en charge devra être réfléchi autrement, notamment :
 - ♦ Pour les usagers ayant besoin des services du soutien à domicile (SAD), ainsi que pour les populations vulnérables et pour les patients des résidences pour personnes âgées (RPA), qui se retrouvent souvent avec des médecins de famille à des kilomètres de leur lieu de résidence et qui ne sont pas en mesure de leur offrir une prise en charge adéquate.
 - ♦ Pour les usagers des services en santé mentale, des stratégies novatrices seront requises afin d'améliorer la prise en charge et l'offre de service.
 - ♦ Pour la clientèle requérant un suivi en matière de maladies chroniques, la prise en charge devra être organisée avec des équipes de professionnels multidisciplinaires, permettant un meilleur suivi.
 - ♦ Une attention particulière devra être portée à la population de 75 ans et plus en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, étant donné qu'elle est la plus touchée par ces pathologies, notamment dans les RLS de Pierre-De Saurel et de Vaudreuil-Soulanges.
- Comme mentionné plus haut, l'amélioration de la prise en charge demeure un véritable défi en Montérégie et le manque de médecins et de professionnels freine une prise en charge multidisciplinaire adéquate des usagers.
- Inscription auprès d'un médecin de famille : avec un taux d'inscription auprès d'un médecin de famille en dessous de la cible ministérielle et un grand nombre de patients orphelins en attente au GAMF et hors GAMF, il est crucial de développer des stratégies pour atteindre cette population non enregistrée au GAMF afin qu'elle s'y enregistre. Il sera tout aussi important de continuer à développer des stratégies pour augmenter le taux d'inscription à un médecin de famille.
- En parallèle, il faudra s'assurer de continuer à améliorer la performance du GAP pour garantir un accès adéquat et en temps opportun aux services de première ligne à la population orpheline.
- Augmentation des effectifs médicaux – Face à la faible évolution des effectifs médicaux au cours des dernières années et des besoins grandissants à venir, il est primordial de mettre en place un plan d'action pour augmenter ces effectifs :
 - ♦ Augmentation des attributions PREM;
 - ♦ Recrutement des médecins diplômés hors Canada;

- ♦ Augmentation de l'attractivité du territoire, notamment dans les zones rurales.
- Nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulanges : l'ouverture d'un nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulanges aura des conséquences sur la main-d'œuvre disponible déjà sous tension, nécessitant une gestion proactive des ressources humaines. Il est essentiel de prendre en compte les besoins en effectifs médicaux que cela occasionnera, en veillant à ce que l'ouverture de l'hôpital s'accompagne d'une augmentation de l'offre de services médicaux plutôt qu'un simple déplacement des effectifs existants. Cette considération devrait être intégrée dans le Plan régional des effectifs médicaux pour garantir que la population de la région pourra bénéficier des soins de santé nécessaires en temps opportun.

Bibliographie

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2018). *Cahier des charges : maisons de santé pluriprofessionnelles*. [Cahier_des_charges_MSP_290518.pdf](#)

Agence Régionale de Santé Île-de-France. (2024). *Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires – 2024*. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/118430/download?inline>

Collège des médecins de famille du Canada. (2019). *Une nouvelle vision pour le Canada - Pratique de médecine familiale : le centre de médecine de famille*. https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf

Collège des médecins du Québec. (2022). *Mémoire – Projet de loi no 11 : Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre* <https://cms.cmq.org/files/documents/memoires/p-2-2022-02-01-fr-memoire-augmenter-offre-services-premiere-ligne.pdf>

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2022). *Mémoire de la FMOQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux concernant le projet de loi no 11 : Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre*. https://fmoq.s3.amazonaws.com/affaires-syndicales/memoires/Projet-de-loi-no11_MEMOIRE-DE-LA-FMOQ.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2022). *Avis de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ et de la FIQ| Secteur privé-FIQP dans le cadre des consultations particulières tenues par la Commission de la santé et des services sociaux*. https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2022/01/2022-01-20_Avis_-_PL11.pdf

Fédération médicale étudiante du Québec. (2022). *Système brisé, soignants malades : perspective de la relève médicale sur les enjeux de pénurie de main-d'œuvre en santé*. <https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2022/04/Systeme-brise-soignants-malades-perspective-de-la-releve-medicale-sur-les-enjeux-de-penurie-de-main-doeuvre-RESUME.pdf>

Fuller, C. (2022). *Next steps for integrating primary care: Fuller Stocktake report*. National Health Service England. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/next-steps-for-integrating-primary-care-fuller-stocktake-report.pdf>

Excellence en santé Canada. (2023). *Pratiques prometteuses pour consolider les soins primaires dans les communautés nordiques, rurales et éloignées*. <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/consolider-les-soins-primaires/pratiques-prometteuses-pour-consolider-les-soins-primaires-dans-les-communauts/>

Institut de la Statistique du Québec. (2022). *Estimations de population (1996-2021) et projections de population (2022-2041) : série produite en juillet 2022, pour le découpage géographique en vigueur en avril 2021*.

Institut national de santé publique du Québec. *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)*. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/systemes-de-surveillance/systeme-integre-de-surveillance-des-maladies-chroniques-du-quebec-sismacq>

Kiran, T. (2023, 13 février). *Garder la porte d'entrée ouverte : assurer l'accès aux soins primaires à toute la population canadienne*. *CMAJ*, 195(6), E251-E253. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/195/6/E251.full.pdf>

Larsen, A. T., Klausen, M. B., et Højgaard, B. (2020). *Primary health care in the Nordic countries: Comparative analysis and identification of challenges*. Copenhagen: The Danish Center for Social Science Research.

https://www.sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Udgivelser/2020/Nordic-health/Primary-Health-Care-in-the-Nordic-Countries.ashx?sc_lang=en

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Plan stratégique 2019-2023*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002438/>

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence* (publication no 23-803-02W.pdf). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Fichier des décès (2015-2019)*.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale*.

Québec. Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2022). *Système Charlemagne (2019-2020)*.

Québec. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. (2022). *Statistiques mensuelles des trois programmes d'assistance sociale*.

OCDE. (2020). *Comment va la vie ? 2020 : Mesurer le bien-être*. <https://doi.org/10.1787/ab72c502-fr>

OCDE. (2021). *Sweden: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*. <https://doi.org/10.1787/b9027e42-en>

Régie de l'Assurance Maladie du Québec. (2023). *Rapport 6*.

Régie de l'Assurance Maladie du Québec. (2023). *Rapport 8*.

Smits, M., Rutten, M., Keizer, E., Wensing, M., Westert, G., et Giesen, P. (2017). The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Annals of internal medicine*, 166(10), 737-742. <https://doi.org/10.7326/M16-2776>